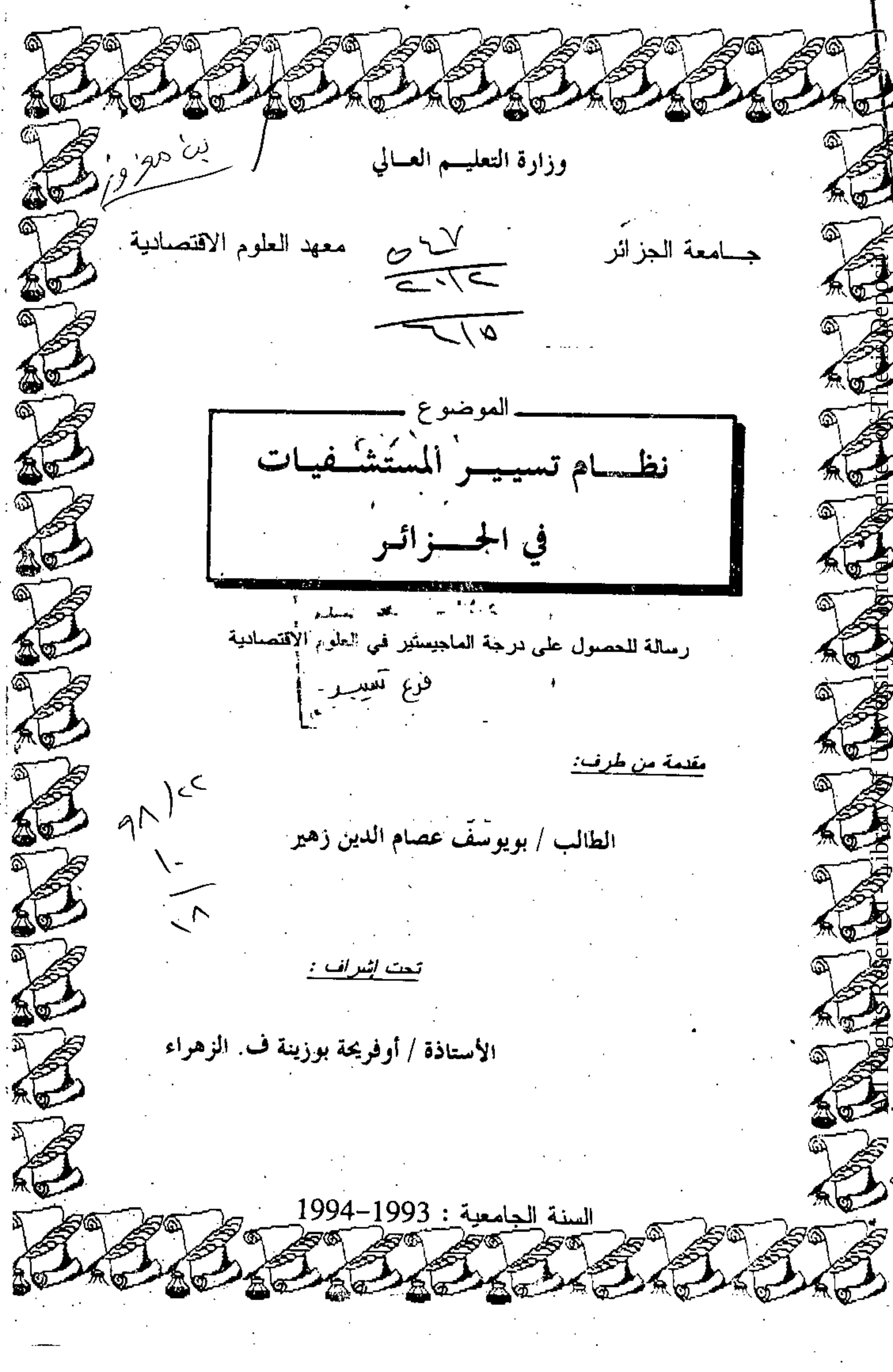


وزارة التعليـم العـالي

جـامعة الجزائر — معهد العلوم الاقتصادية

الموضوع

نظـام تسيير المستشفيات في الجـزائـر

رسالة للحصول على درجة الماجيستير في العلوم الاقتصادية

فرع تسيير

مقدمة من طرف:

الطالب / بويوسف عصام الدين زهير

تحت إشراف :

الأستاذة / أوفريحة بوزينة ف. الزهراء

السنة الجامعية : 1993–1994

الإهـــداء

إلى أبــي و أمــي

إلى إخوتي : إلهام ، جمال الدين ، كريمة ، فوزية ، وداد ، عبد العال و فضيلة

إلى رضـا ، بهـاء الديـن

إلى زوجتي جميـلة رفيقـة الدرب.

إلى إبنتي رانيا أحلام التي لطالما خربشت فوق مسودة رسالتي هذه.

إلى من تزوج الجـزائر

إلى من لا إبـن له

إلى الرئيس الراحـل هـواري بـومـدين

إلى قدماء مديري مستشفيات الجزائر ، الذين رفعوا التحدي ، و وهبوا حياتهم في سـبيل بناء المستشفى الجزائري من الإستقلال و إلى يومنا هذا ، و نخص بالذكر :

السادة :

بويوسف مصطفى	مدير عام من سنة 1962 م
بـــار يـحـــــي	مدير عام من سنة 1962 م

تشكــرات

❖ ❖ ❖

نتوجه بالشكر الجزيل ، إلى السيدة أوفريحة بوزينة فاطمة الزهراء ، على الاهتمـام الخاص الذي حظينا به ، و على التوجيهات الصائبة التي أمدتنا بها.

خالص الشكر و الامتنان و الاحترام ، نخص به السـيد الأستاذ العمـري العربـي ، الذي كان نعم الأستاذ و الموجه ، و الذي خصـص لنـا الكثير مـن وقتـه ، و الوفـير مـن علمه لنصـل إلى مرادنا شكراً أستاذ العمري ، شكراً.

خطة البحث

الباب الأول : الدارسة النظرية لاقتصاد الصحة .

الباب الثاني : نظام التسيير في المستشفى .

الباب الثالث: نحو سياسة جديدة للمستشفى في الجزائر

المقدمـــة

نظام العلاج في الجزائر يعيش أزمة حادة، في مظاهره المالية و التسييرية.
هذا النظام الذي تطور، خاصة بعد اقرار مجانية العلاج ، علىأساس ضمان العلاج لكل مواطن ، دون الأخذ بعين الاعتبار مدخوله أو مصفه الاجتماعي، أوجب مجهودات جبارة من طرف الدولة، حيث بلغت النفقات الصحية الوطنية 7٪ من الناتج القومي الخام (P.I.B)* .

و بالخصوص المستشفى يعاني جراء الأزمة الاقتصادية التي تعيشها الجزائر حاليا، صعوبات على المستويين التنظيمي والتمويلي، و مما زاد في حدتها الغياب شبه الكلي للأساليب و المناهج العلمية في تسيير المستشفيات، التي تسمح باستغلال عقلاني للامكانيات و الموارد المحدودة.

إن المستشفى العمومي الذي كان في السابق ، مأوى للمرضى ، في الغالب من الطبقة المحرومة ، بدأ تدريجيا التراجع عن دوره الاجتماعي، كمكان للإيواء والعلاج البسيط ، ليصبح مركزا تقنيا أين تباشر عمليات جراحية صعبة و فحوصات غاية في التدقيق و التعقيد ، و هذا طبعا بالاضافة الى العلاج الكلاسيكي الذي يميزه.

في نفس الآونة التي أمسى فيها مركزا مهما لتدريس الطلبة ، و مخبرا للباحثين، بدأت المؤسسة الاستشفائية تتجه الى وظيفة جديدة، تتمثل في تحليل وعلاج أمراض خطيرة ، و حالات مستعصية.

هذا التوجه الجديد جاء نتاج اكتساح التطور التكنولوجي للوسط الاستشفائي.
نوعية و فعالية العلاج تحسنت بفعل التطور التقني و العلمي ، خطوات هائلة في ميدان الاكتشاف الطبي ، إنعدام حالات التلوث ، التجهيزات تطورت و توسعت بصفة كبيرة ، كلها ميزات أصبحت تميز المستشفى الحديث.

---

* تقرير حول الوضعية الصحية في الجزائر: منشورات وزارة الصحة. 1993.

في نفس الوقت الذي دخل فيه المستشفى عصر التقنية الحديثة ، بكل ما تستلزمه هذه الفترة من موارد مالية و بشرية ، بدأ يتطور شعور بالمشاكل الاقتصادية المرتبطة بالصحة ، ليصبح المستشفى رهانا إقتصاديا و إجتماعيا، و أحد أكبر انشغالات حكومات المعمورة قاطبة.

إن الزيادة الكبيرة لنفقات الصحة جعل من المستعجل إنتهاج سياسة رشيدة في تخصيص الموارد ، إلى جانب إلزامية إرساء آليات عمل ، على المستويين الإداري و الطبي ، بغرض التحكم في هذه النفقات ، حيث إذا قبلنا بالمقولة " أن ليس لصحة الانسان سعر " فإننا كاقتصاديين نضيف " أن لها نفقة " ، يجب علينا دراستها و ضبطها.

سنحاول عبر دراستنا هذه ، تطوير فكرة العقلانية في تخصيص الموارد للمستشفى بالجزائر ، هذه العقلانية تهدف إلى تخطيط ، برمجة و مراقبة مختلف النشاطات داخل المؤسسة ، بما يزيد من نجاعة و نوعية الخدمات المقدمة.

حيث ، و بعد ممارسة ميدانية دامت خمس سنوات ، تمكنا من الوقوف على حقيقة ، و هي أن المشكلة ليست مالية بقدر ما هي تنظيمية ، و التي تتمثل في غياب نظام إعلامي و محاسبي منظم ، يسمح بتوزيع أمثل للموارد المتاحة ، على مختلف مراكز النشاط داخل المستشفى.

ففي الوقت الذي تعتمد فيه أنظمة العلاج الغربية على المحاسبة التحليلية ، لترشيد النفقات الصحية ، و الاعتماد على نظام إعلامي ذو مصداقية ، في بلورة خططها على المدى القصير ، المتوسط و الطويل ، ما زالت مستشفاياتنا تُسَيَّرْ بطرق أقل ما يمكن القول عنها أنها بدائية. فالمحاسبة الإدارية المعتمدة ، هي تبريرية للنفقات أكثر منها وسيلة لمعرفة احتياجات المستشفى الحقيقية ، و من ثمة القضاء على مواطن التبذير إن وجدت ، و تعظيم استغلال الامكانيات المتوفرة.

هذا من الجانب المحاسبي ، أما من الجانب الإعلامي ، فلا تقارير معنوية ، ولا حسابات التسيير الداخلي ، و لا حتى حوصلة النشاطات الشهرية لمختلف المصالح الاستشفائية ، محترمة ، كل هذه العوامل إجتمعت ، و أفرزت ظواهر

في نفس الوقت الذي دخل فيه المستشفى عصر التقنية الحديثة ، بكل ما تستلزمه هذه الفترة من موارد مالية و بشرية ، بدأ يتطور شعور بالمشاكل الاقتصادية المرتبطة بالصحة ، ليصبح المستشفى رهانا إقتصاديا و إجتماعيا، و أحد أكبر انشغالات حكومات المعمورة قاطبة.

إن الزيادة الكبيرة لنفقات الصحة جعل من المستعجل إنتهاج سياسية رشيدة في تخصيص الموارد ، إلى جانب إلزامية إرساء آليات عمل ، على المستويين الإداري و الطبي ، بغرض التحكم في هذه النفقات ، حيث إذا قبلنا بالمقولة " أن ليس لصحة الانسان سعر " فإننا كاقتصاديين نضيف " أن لها نفقة " ، يجب علينا دراستها و ضبطها.

سنحاول عبر دراستنا هذه ، تطوير فكرة العقلانية في تخصيص الموارد للمستشفى بالجزائر ، هذه العقلانية تهدف إلى تخطيط ، برمجة و مراقبة مختلف النشاطات داخل المؤسسة ، بما يزيد من نجاعة و نوعية الخدمات المقدمة.

حيث ، و بعد ممارسة ميدانية دامت خمس سنوات ، تمكنا من الوقوف على حقيقة ، و هي أن المشكلة ليست مالية بقدر ما هي تنظيمية ، و التي تتمثل في غياب نظام إعلامي و محاسبي منظم ، يسمح بتوزيع أمثل للموارد المتاحة ، على مختلف مراكز النشاط داخل المستشفى.

ففي الوقت الذي تعتمد فيه أنظمة العلاج الغربية على المحاسبة التحليلية ، لترشيد النفقات الصحية ، و الاعتماد على نظام إعلامي ذو مصداقية ، في بلورة خططها على المدى القصير ، المتوسط و الطويل ، ما زالت مستشفاياتنا تُسَيَّرْ بطرق أقل ما يمكن القول عنها أنها بدائية. فالمحاسبة الإدارية المعتمدة ، هي تبريرية للنفقات أكثر منها وسيلة لمعرفة احتياجات المستشفى الحقيقية ، و من ثمة القضاء على مواطن التبذير إن وجدت ، و تعظيم استغلال الامكانيات المتوفرة.

هذا من الجانب المحاسبي ، أما من الجانب الإعلامي ، فلا تقارير معنوية ، ولا حسابات التسيير الداخلي ، و لا حتى حوصلة النشاطات الشهرية لمختلف المصالح الاستشفائية ، محترمة ، كل هذه العوامل إجتمعت ، و أفرزت ظواهر

سلبية على عدة مستويات داخل المستشفى، الإدارية و الطبية على السواء ،
سنوردها مفصلة عبر هذه الدراسة.

أن التطور الكبير للمجتمع الجزائري ، في تركيبته البشرية و في متطلباته
المعيشية ، جعل من المستشفى محط اهتمام و تدخل عدة إطراف : الدولة ، الإدارة،
الهيئات الممولة ، الجهاز الطبي ، ...إلخ. حيث أصبح محل إختيارات و قرارات
تتعدى المستوى الاستشفائي ، لتندرج ضمن التوجهات الاستراتيجية الكبرى
للمجتمع، و لهذا لنا أن نتسائل عن أي مستشفى نريد ؟ و أي خريطة صحية كفيلة
برفع التحديات التي يفرضها التطور الاقتصادي و الاجتماعي للمجتمع الجزائري؟.

مكان للمرض و الموت ، أي في نفس الوقت للتقنية و الروحانية ، المستشفى
و إلى مدة ليست ببعيدة أفلت من التحليل الاقتصادي و السوسيولوجي ، لكن اليوم و
نحن نعيش أزمة اقتصادية حادة ، بكل ما تفرضه علينا من تقشف ، و ضبط لأمورنا
المالية ، هل يمكننا التكلم عن المستشفى العمومي كما نتكلم عن أي مؤسسة صناعية
أو تجارية ؟ الاستغلال الأمثل للإمكانيات المتاحة داخل المستشفى ، لا يتأتى بدون
تنظيم داخلي محكم ، و سلطة قرار قوية ، و هذا ما يفتقر إليه المستشفى الجزائري
حاليا ، حيث من مدير المستشفى ، إلى الأستاذ رئيس المصلحة ، من هو صاحب
القرار ؟ و إذا اعتبرنا المستشفى مؤسسة ، من هي القيادة ؟

الخطة التي سنعتمد عليها في عملنا هذا قسمناها إلى ما يلي :
– كمدخل سنخوض في الاشكالية ، أين نذكر بالتطور البشري و اللوجيستيكي الهائل
للمستشفى في العالم عموما ، و في الجزائر خصوصا ، و التحديات الكبرى التي
هي أمام المستشفى الجزائري.
– الدراسة النظرية لاقتصاد الصحة سيكون موضوع الباب الأول.
– في الباب الثاني ، الذي أردناه عملي ، سنتناول بالتحليل نظام تسيير المستشفيات
في الجزائر ، و هذا مع محاولة الوقوف على مواطن الضعف و تشخيصها.
– في الباب الثالث سنقدم تفكير حول منظومة استشفائية أكثر نجاعة و انسجام ،
وهذا باقتراح وسائل عمل بديلة ، أثبتت فعاليتها في الدول الغربية.
– سنقتصر من خلال الخاتمة على النتائج العملية لدراستنا ، و حوصلة عامة لكل ما
سبق.

عملنا هذا و رغم تواضعه ، إلا أنه يتميز بخاصيتين :

الأولى : و هي أنه جاء نتاج عمل ميداني دام أكثر من خمس سنوات ، و هذا على مستوى مستشفى الحراش (بلفور سابقا).

الثانية : أنه يعتبر من بين الأعمال الجامعية الأولى التي تتناول المستشفى الجزائري بالدراسة و التحليل.

و نأمل أن يساهم هذا المجهود في دفع عجلة التطور داخل مستشفياتنا ، بما يخدم الوطن و المواطن.

الباب الأول

الدراسة النظرية لإقتصاد الصحة

الفصل الأول: ظهور مفهوم اقتصاد الصحة

الفصل الثاني: مقاربات اقتصاد الصحة

الفصل الثالث: تاريخ تطور المستشفى

الفصل الرابع: خاص بإنشاء المراكز الاستشفائية

الفصل الأول

ظهور مفهوم اقتصاد الصحة

1 ـ محيط الظهور
2 ـ تعريف اقتصاد الصحة
3 ـ العوامل المفسرة للظهور

الفصل الأول: ظهور مفهوم اقتصاد الصحة

1 ـ محيط الظهور:

بالرغم من التطور الملحوظ خلال السنوات الأخيرة ، و الذي جعل منه قاعدة لكل تدريس جامعي مختص في المحيط الاجتماعي ـ الصحي Socio - sanitaire ، اقتصاد الصحة فرع حديث: حيث يمكننا تحديد في نهاية الخمسينات في الولايات المتحدة الأمريكية و ابريطانيا العظمى ، و بداية السبعينات في فرنسا ، محاولات جمع و بصفة منظمة و منسجمة مجموعة أفكار و بحوث كانت من قبل متغايرة، لكن كان لها كعنصر مشترك قطاع الصحة.

سرعة تطور اقتصاد الصحة يكمن - بدون ريب - بخاصيته كعلم "الملتقى" (Science carrefour) ، كما أشار اليه ج. دي بوربون ـ بوسيت - J. de Bourbon, Busser: " إنه من الأهمية بمكان خلق و تطوير علاقات متينة بين مختلف قطاعات البحث. يجب الإشارة أنه تقريبا دائما عند التقاء فرعين تحدث الأمور المهمة. و ليس من الصدفة أن العلوم التي تحمل إسمين هي التي تتطور بسرعة.

التجربة أثبتت أن المقابلة بين الفروع الأكثر تباعدا عمل مثمر جدا. إذن من المستعجل تحطيم الحواجز ، و وضع حد لوضعيات الاحتكار، و القيام ببحوث ملء الريح Plein Vent (1)

حتى نهاية الخمسينات كان هناك تجاهل فضيع بين الاقتصاد و الصحة ، لكن سريعا ما أقيمت مجهودات مثمرة للربط بين المقاربة الطبية و المقاربة الاقتصادية للصحة .

أسباب هذا التجاهل ، أمور تقنية يمكن إيجازها في النقاط التالية:

ـ الطب همه الوحيد هو المريض و شفاؤه، و هو بهذا يهمل تماما المحاسبة وأمور

---

(1) مذكور في مدخل لاقتصاد الصحة/ في دولون Gy Delonde / منشورات جون ليبيي John Libbey eurotext 1991 باريس. 117 صفحة.

التسيير .

- محترفو الصحة لا يهتمون بمن يمول ، و بأي طريقة نفقات العلاج.
- الهدف الطبي يبحث على تقديم أحسن طرق العلاج و تسخير كل المعارف العلمية ، للحد من الاصابات و الوفايات، و لتحسين كمية و نوعية الحياة.
- أما الاقتصاد فيبحث على العقلانية و الفعالية ، و السهر على أن يكون النشاط الصحي مربوطا بالأسس الاقتصادية ، كأمور التمويل و الادارة و غيرها.

و تبقى الأسباب التي أعطت دفعا كبيرا لاقتصاد الصحة خلال عشرية 1980 عملية بحتة ، تحت ضغط استلزامات تسيير الصحة و الهياكل التي تقدم العلاج. حيث و حتى سنوات 1975 ، و بفعل استقرار و رخاء اقتصادي عام ، فإن معظم الأنظمة الصحية للبلدان الغربية تطورت بمنأى عن الضغوطات الاقتصادية ، لكن و ابتداء من انخفاض في آفاق النمو بفعل أزمة نهاية السبعينات ، ظهرت هناك ارغامات اقتصادية أكثر فأكثر أهمية، جاءت معاكسة للاحتياجات الاجتماعية للسكان في مادة الاستهلاك الطبي و الوصولية الى العلاجات ، و من ثمة أصبح التسيير ، توجيه السياسة الصحية و التخطيط الصحي ، أو بمعنى آخر تخصيص أرشد للموارد داخل قطاع ، مفهوم الندرة فيه كان تقريبا مهملا، أمرا لا بد منه.

2 ـ تعريف اقتصاد الصحة

إن " بن آمور " P. Benamour و " ف. قويو " F. Guyot في كتاب "الاقتصاد الطبي" يعرفان اقتصاد الصحة على أنه: " فرع من المعرفة الذي له كموضوع تعميم العمل الطبي ، أي دراسة الظروف القصوى Optimal لتوزيع الموارد التي بحوزتنا لضمان أحسن العلاجات الطبية للسكان، و أحسن حال صحي ممكن ، آخذا بعين الاعتبار الامكانيات الموجودة و المتوفرة "(1)

في نفس السياق يمكننا الاشارة الى تفكير ح. كيتون H. Guitton الذي يعتبر من الاقتصاديين الجامعيين الأوائل الذين اهتموا بتطور المقاربة الاقتصادية لمشاكل الصحة.

---

(1) مدخل لاقتصاد الصحة / قي لالوند / مذكور / ص 13.

حيث و من خلال كتاباته الكثيرة حول اقتصاد الصحة ينقسم تعريفه الى مستويين:

أولا - فرع وصفي: حول معرفة المعطيات الأساسية (الطبيعية و التشريعية ، الفردية و الجماعية) التي تساهم في استرجاع الصحة الضائعة و الوقاية لصحة دائمة ، و بصفة عامة انسجام الانسان مع الوسط الذي يحيط به و يفسده، و في هذا الاتجاه تطرق الاقتصادي الى تكاليف الصحة ، يفسرها و يبحث عن أحسن الطرق للتنبؤ بها.

ثانيا - فرع معياري: يهتم بالانجاز التدريجي لنظام يتجه الى المثالية الاقتصادية Optimim économique، أي بمعنى آخر التوازن الأحسن بين التكاليف و الموارد" . في هذه المرحلة الاقتصادي و بمحاولة ذات آفاق مستقبلية، يحاول الحكم حول فعالية و نجاعة النظام الصحي.

على العموم يمكننا تعريف اقتصاد الصحة ، على أنه فرع متخصص للعلوم الاقتصادية ، الذي له كموضوع بحث الاستلزامات للمحيط الاجتماعي – الاقتصادي التي لها وزنها على النظام الصحي.

3 - عوامل الظهور

الوزن الاقتصادي لنفقات الصحة يعتبر بلا ريب العنصر الأكثر انتشارا وتداولا، حيث كان موضع أعمال و تحاليل عديدة. الاستهلاك الطبي العام تميز في معظم البلدان الغنية (ما عدا تلك المستفيدة من النظام الصحي من النوع البريطاني) بتطور أوسي éxponentielle .

إذا أخذنا فرنسا كمثال نلاحظ هذا التطور الهائل للنفقات الصحية على مستوى الميزانية العامة ، حيث انتقل من 3 ٪ الى 9 ٪ بين سنتي 1950 و 1990 و هذا طبعا على مستوى الناتج الوطني الخام (P.I.B)، و بلغة أخرى من قيمة 3 ملايير فرنك عام 1950 ، 30 مليار عام 1965، 50 عام 1970، 100 في 1975، 200 في عام 1980، 400 في 1985، و أخيرا 550 مليار في 1990.

تطور نفقات الصحة كان دائما أسرع من المنتوج الداخلي الخام (P.I.B) كما نستشفه من الجدول (1) ، و الذي ترجم بتوسع دائم لحصة الصحة على مستوى الانتاج الوطني الخام.

جدول (1) نفقات الصحة و الانتاج الداخلي الخام لكل ساكن
1970 و 1987 (بدولار الولايات المتحدة)*

	1970			1987			معدل النمو السنوي Composé	
	ن ص	PIB	PIB/ن ص	ن ص	PIB	PIB/ن ص	ن ص	PIB
المانيا	220	3993	0.055	1072	1.3308	0.081	9.8	7.3
النمسا	163	3056	0.053	988	11710	0.084	11.2	8.2
الدانمارك	252	4147	0.061	784	13129	0.060	6.9	7.0
اسبانيا	102	2473	0.041	521	8676	0.060	10.1	7.7
فرنسا	223	3685	0.061	1117	12849	0.087	9.9	7.6
ايطاليا	171	3093	0.055	837	12190	0.069	9.8	8.4
بريطانيا	161	3563	0.045	463	12414	0.061	9.6	7.6
السويد	359	4976	0.072	1233	13770	0.090		6.2
معدل	192	3347	0.057	896	12031	0.073		7.8

* مدخل لاقتصاد الصحة - في لدلوتن - مذكور - ص 18.

4 - مؤشرات الصحة:

المؤشرات الصحية هي صورة إحصائية لحالة معينة، و هي بهذا أيضا تساعد على إتخاذ قرارات و اختيار السياسات الناجعة للحد من الإصابات والأمراض.

إن البحث عن اعتماد مؤشرات صحية ثابتة أدى بالمختصين إلى انتهاج نماذج تحليل مختلفة و الوصول إلى استنتاجات متشعبة و متنوعة.

على سبيل المثال إيميل ليقي(1) يقسم هذه المؤشرات إلى أربع:

- مؤشرات العرض (exposition):التي دورها هو توضيح النظام الديمغرافي (Structure)،الإستهلاك الغذائي (الغذاء، الكحول، التبغ)، و نمط الحياة (النقل، رقم الكيلومترات.)
- مؤشرات الحماية: نسبة الغطاء الطبي (المستخدمين الطبيين، الشبه الطبيين)، مؤشرات عدد الأسرة/ السكان. عدد الفحوص الطبية بالنسبة للشخص الواحد و في السنة: غطاء المصاريف الصحية (الدولة، الضمان الاجتماعي، التعاوني). (Matuelle).
- مؤشرات الإنتظار: هي مجموعة مؤشرات الوفايات المحسوسة، مؤشرات الوفايات المحللة، مؤشرات الوفايات الموضوعية.
- مؤشرات النتائج التي من خلالها يمكننا معرفة أسباب الوفايات العامة، و الوفايات الطفولية (infantile)،و تحدد أمل الحياة.

" إيميل ليقي" يؤكد في هذا الإطار ما يلي: "لا توجد هناك بطارية مؤشرات تلبي رغبة مجموع الأهداف، إنه من خلال الدراسة المتبعة تختار المؤشرات"(2)

"...C'est en fonction de l'etude entreprise que doivent s'operer les choix"

بالنسبة لجون فرانسوانيز(3) يفصل بين مؤشرين، هذا الاتجاه يؤخذ به في الولايات المتحدة الأمريكية و أوربا الغربية: المعتمدين على الإعلام الإحصائي الموجود، و تلك التي تنتمي إلى نظام إعلامي متكامل. يمكننا تسميتها مؤشرات

---

(1) إيميل ليقي. مذكور ص.339 ـ 340 ـ 341. في كتاب محاولة عامة حول اقتصاد الصحة . برو
(2) إيميل ليقي. مذكور ص. 342. (...) .
(3) ج.ف نيز. مذكور ص. 43 إلى 49. الصحة استهلاك أم استثمار. الكونوميكا .1981. ص256

كلاسيكية، و مؤشرات مبنية:

ـ المؤشرات الكلاسيكية؛التي هي مبنية على المعلومات الموجودة، تبحث على قياس الحالة الصحية من خلال الوفايات، أمل الحياة،(Morbilite) عدد المرض.

ـ المؤشرات المبنية؛هي أكثر تطور مثل تلك لـ شتيانغ الذي يجمع "frequence و المدة المتوسطة للعجز، أيضا الوقت الضائع بسبب الموت". تلك لـ أ.ج كوليير، ر.ج ليقس و أوليام "الذين يدمجون أو يجمعون (Combine) حدة و مدة المرض". لكن معظم هذه الأرقام الإستدلالية مبنية من طرف الأطباء و هي بهذا تعكس وجهة نظر طبية محضة.

"و.ضاب"، "م غولدبرغ"، "أثيبو، ف غريمي"(1) هم من بين المفكرين الذين حاولوا بناء مؤشر تركيبي و هذا بمحاولة تكوين أداة متعددة المعايير لتحليل مؤشرات الحالة الصحية للسكان. عملهم تمحور حول ثلاثة أجزاء:

الجزء التصوري الذي يتعدى الفكرة و المفهوم الكلاسيكي: "الصحة ليست فقط غياب المرض (...) المظهر الإيجابي للصحة، هذا الشيء الأكثر من غياب المرض". هناك انفصال و انقطاع مع فكرة المرض لاسترجاع فكرة أكثر شمولية و توسع و التي هي الحالة الصحية الشاملة.

الجزء الثاني وصفي، إنه قياس الأمراض، الوفايات، الخطر أو المجازفة، الوقت الضائع إلخ...

و أخيرا الجزء التحليلي الذي يهتم بفعالية و شرعية و تطبيقية المؤشرات. و هي الخامة أو الجدول الذي يكون إطار التحليل متعدد المعايير لمؤشرات الصحة.

نفس الإشكالية بالنسبة للاقتصاديات المخططة." آلان لوتورمي" يتساءل عن "قدرة هذه المؤشرات على التكامل داخل مسعى تخطيطي"(2)

بالنسبة إليه هناك أطروحتين: إذا كان التخطيط الصحي معرف على قاعدة أو قواعد واضحة لمعالجة مشاكل خاصة، هي بهذا ملتزمة،إذا "غير قابلة للتخفيض

---

(1)- فرقة بحث INSERM مجلة epidemologiaue و الصحة. 1982.

(2) آلان لوترمي في "فائدة و محدودية مؤشرات الصحة في مادة التخطيط" كراريس علم الإجتماع و الديمغرافيا الطبية. XVII سنة رقم 2. أفريل/جوان. 1977.

دفعة واحدة لمعايير علمية"(1). أما الأطروحة الثانية فهي تسنّد لمؤشرات الصحة دور التوضيح و التحليل و انسجام الإختيارات السياسية.

من خلال هذه التعاريف نلاحظ أو نستخلص أمر مهم، و هو أن الحوار لم يختم بعد. و في هذا الاتجاه بالذات ج.ف.نيز يلخصه لنا كما يلي: مشكل المؤشرات لم يختم بعد، و البحث عن مؤشر صحي وحيد من الخيال و المحال"(2)

5 ـ تفاعلات النظام الصحي مع النظام الاقتصادي

حالة صحة مجتمع ما ليست مرتبطة بالتجهيزات و الهياكل الصحية فحسب بل نجد أن لها علاقة عضوية بمستويات التقدم الاجتماعي و الاقتصادي و الثقافي، أين السلوكات الفردية و الجماعية و العادات الاجتماعية و المستويات الثقافية للشرائح المختلفة للمجتمع تلعب دور كبير في تحديد معالم الوضعية الصحية، و ما القول المشهور "الصحة مسألة الجميع" إلا تعبير و تجسيد لدور مختلف القطاعات الاقتصادية و الاجتماعية.

حسب ج.ف.نيز "هناك تبعية النظام الصحي تجاه النظام الاقتصادي و الاجتماعي"(3) و نظام توزيع الخدمات الصحية له نفس حدة و تطور المستويات الثقافية ، الإجتماعية و الإقتصادية ، و في نفس الوقت نلاحظ أنه يحتاج إلى هذه القطاعات تقدم له الخيرات و الخدمات المختلفة مثل البناءات ، الأدوية ، التجهيزات ، الإطارات ، المواد الغذائية.

القطاعات التي يحتاج إليها عرض الخدمات الصحية يمكننا ذكرها على سبيل المثال لا على سبيل الحصر.

ـ القطاع المالي : حيث الخزينة العامة و صندوق الضمان الإجتماعي و التعاوني

(1) أ. لوترمي. مذكور.
(2) ج.ف. نيز. مذكور. ص 50 .
(3) جون فرانسوا نيز .مذكور .ص. 52 .

يقومون بتمويل الجهاز الصحي بالسيولة النقدية و بالتغطية المالية الضرورية لأداء مهامها المختلفة. من هذه المهام بناء المستشفيات و المصحات و العيادات و القيام بالوقاية على مختلف أشكالها.

ـ قطاع السكن و البناء : هذا القطاع الذي يسمح بإنجازوبناء العيادات و المرافق الأخرى ، و أي تأخر أو أي عجز على مستوى هذا القطاع سيؤثر سلبا على الحالة الصحية و على جهاز توزيع الخدمات الصحية.

ـ القطاع الصناعي : الذي يقوم بتصنيع مختلف التجهيزات الطبية و التقنية التي تسهل من عمل الأطباء و الإداريين و المستخدمين.

ـ قطاع النقل : الذي يوفر عتاد النقل من سيارات الإسعاف و الشاحنات و السيارات الخفيفة التي تساعد على إنجاد المرضى و نقلهم على وجه السرعة إلى مراكز العلاج.

ـ قطاع الكيمياء : الصيدلة.

ـ التربية و التكوين : التي تقوم بتكوين الإطارات و المستخدمين الصحيين.

Thebaud Aumie و Meridith Turscher تحللان العلاقة بين النظام الصحي والإقتصادي و يستخلصان أن " إنها الإختيارات السياسية،الإقتصادية والإيكولوجية التي تحدد ظروف العيش لمجتمع ما. "(1)

و كخلاصة نقول إنه ثمة هناك تفاعل و تكامل و تأثر و ترابط بين الجهاز الصحي و الجهاز الإقتصادي ـ الإجتماعي و الثقافي ، و ليس بالمبالغة في القول إذا قلنا أن عرض الخدمات الصحية مرهون و بصفة كلية بمستوى التطور الثقافي ـ الإجتماعي ـ الإقتصادي.

الفصل الثاني

مقاربــات اقتصــاد الصحــة

1 ـ مقاربات باقتصاد السوق
2 ـ الصحة كمنفعة للاستهلاك
3 ـ الصحة كاستثمار
4 ـ مقاربة بالتخطيط و الحساب الاقتصادي

الفصل الثاني: مقاربات إقتصاد الصحة

قبل التكلم عن مقاربات إقتصاد الصحة،رأينا أنه من المنهجي أن نقدم مختلف تعاريف الصحة،لكي يتيسر لنا الأمر فيما بعد للقيام بالمقاربات المتعددة لإقتصاد الصحة.

ج.ف.نيز Jean François NYS " أن التعريف بذلك السليم مهمة صعبة إلى درجة أنه عوض تعريف الصحة كثير من المفكرين يفضلون تعريف المرض ، ويختمون أن الصحة هي غياب المرض. يطرح اذن مشكل المرض؟"(1).

نقطة الفصل بين " السليم " و " المريض " عمل ليس بالبسيط ، لأن الضفة الديناميكية للمرض التي تتطور بتوازي مع التطور الإقتصادي ، الإجتماعي والثقافي للمجتمع تجعل من تحديد معالم الحدود مع " الصحة الجيدة " عملية مبهمة وغامضة.

حسب كونجليهم " العلة يمكن أن تسكب في المرض ، لكن ليست لوحدها المرض ، ليس من السهل تحديد في أي وقت العلة تتقلب مرض هل يمكن أم لا إعتبار الفقرة الخامسة "Lombaire scaralisation حالة Pathologique ؟ هناك عدة درجات داخل هذا التشوه "(2).يضيف نيز " المرض لا يأخذ واقعيته كمرض إلا بداخل ثقافة تعترف به كذلك"(3).أيضا تعريف الصحة يختلف حسب الفروع و القدرات " للممارس ، الصحة تعرف بغياب المظاهر التي تميز المرض ، tuberculose ... لكن تطور المرض psychosmatique تطرح محدودية هذا التعريف للصحة. حيث مثل المؤشرات الصحية للنتائج ، تعاريف الصحة تتكون من عناصر موضوعية و عناصر غير موضوعية "(4).

اليونانيون " المسيحيون مرورا بمونتيسكو و الماركسيون يظنون أن مصدر المرض لا يمكن أن يكون إلا إجتماعي(5).

---

(1) ج.ف.نيز في " الصحة : إستهلاك أم إستثمار " منشورات أكونوميكا 1980 .ص 7.
(2) ج.كونجلهيم في " العادي و العليل " منشورات بوف 1975.
(3) ج.ف.نيز مذكور – ص 7.
(4) ايتيان بارال في إقتصاد الصحة : حالات و أرقام " منشورات دونود. 1978.
(5) ايتيان بارال. مذكور.ص. 139.

... إيليتش يظن " أن الصحة هي القدرة على التأقلم مع المتغير، القدرة على ... على الشيخوخة ، على الشفاء ، بدون ألم ، و إنتظار الموت في سلام "(1)
حتى تعريف المنظمة العالمية غير موضوعية إلى حد ما " الصحة هي حالة رخاء وراحة تامة جسمية ، ذهنية و إجتماعية ، و لا تعد فقط غياب للمرض و الإعاقة ".

و أمام هذه الحالة من النقصان و المحدودية في تعريف الصحة نرى ان اقتصاد الصحة يبنى و يتطور من خلال عدة مقاربات يمكن جمعها في مجموعتين :

- مقاربة بإقتصاد السوق.
- مقاربة بالتخطيط و الحساب الإقتصادي.

1 - مقاربة بإقتصاد السوق

أن التطور الكبير للطب الحر في البلدان المتقدمة ، جعل منه يقترب من المصالح السوقية (Marchand) مثل النقل ، الضمان ، ...الخ.

لكن و كما لاحظ الإقتصاديون هذه الأبوة جزئية فقط. كما قال ايميل ليفي. صعوبات تطابق آليات التحليل الإقتصادي للسوق كانت الشعور السائد لدى الإقتصاديين. جوزيف برونو " الطب يخرج من إطار الأذواق و الألوان ، و من هنا ليس له أن ينتظر تقديرات سوقية (Marchande)"(2).

هناك أيضا صعوبة أخرى و هذا على مستوى السعر: حيث أن سعر الخدمات الطبية من (علاج ، السعر القومي للإستشفاء، الدواء) مراقب من طرف الدولة و لا يعكس سعر السوق " السعر الذي يعكس المنفعة الحدية للمشرين ، والتكلفة الحدية للبائعين. "(3).

صعوبة ثانية لمقاربة الصحة بإقتصاد السوق تكمن في " النظامية " في القطاع أو " Systématisation " ، أو المقاربة بالأنظمة.

---

(1) ليفي.إ./ مذكور. ص 5.
(2) برنوبالي/ مذكور. اطروحة ماجيستير "محاولة عامة حول اقتصاد الصحة". 8
(3) ايميل ليفي.مذكور.ص 6.

ج.ف.نيز يغكس لنا هذه العقدة " هناك غموض عن التكلم عن نظام الصحة. مفهوم النظام مرتبط بالهياكل و النماذج و يسمح بتحليل مجموع العناصر المرتبطة و التي ليست لها معنى إلا في مجموعها. "(1).

أما ايميل ليفي (Emile LEVY) فيعتبر أن مفهوم النظام الصحي مستعمل بصفة جارية دون أن يكون محتوى مثل هذه التعابير واضح جيدا"(2).

بهذا المنطق يقوم بمقاربة جديدة " Systémique " و التي تتمثل في دراسة النظام في مجموعه ، حيث يلاحظ ثلاثة فروع : مسار الحالات أو الحالة الصحية ، مصالح الإنتاج الصحي التي تُكون جهاز الإنتاج للمصالح الطبية و أخيرا الفرع المتكون من آليات التغطية و الذي يتكون من مختلف التنظيمات (institutions) مثل الضمان الإجتماعي ، النظام التعاوني " Mutuelle ".

لكن على مستوى هذه المقاربة هناك صعوبة و هي هل ندمج ضمن هذا النظام كل المصالح المياه ، محاربة الأمراض،تعفن البيئة ، محاربة التبغ ، الكحول، مراقبة نوعية المواد الغذائية، الصناعة الصيدلانية التي "لا تنتمي إلى إقتصاد العلاجات الطبية. "(3).

من هنا تبرز لنا صعوبة الربط بين مختلف العناصر التي تُكون هذا النظام العلاجي .

الصعوبة الثالثة و هي الصحة إستثمار أم إستهلاك؟. كما نعلم الخيرات والخدمات تعتبر إستهلاك عندما تدمج ضمن مسار إستهلاكي مباشر و تلبي رغبات ظاهرة. و تعتبر إستثمارا عندما تدمج ضمن مسار إنتاجي ، و تصبح وسائل إنتاج.

بالنسبة للمصالح الصحية تعتبر إستهلاكا عندما ينظر إليها من زاوية إشباع حاجة ، و إستثمارا عندما ينظر إليها من زاوية امتلاك و صيانة رأس المال البشري أو الإنساني.

---

(1) ج.ف.نيز / مذكور. ص 7.
(2) ج.ف.نيز / مذكور. ص7.
(3) دكتور بارينت./ مذكور.ص 9. في محاولة عامة حول اقتصاد الصحة.

2 ـ الصحة كاستهلاك

إذا اعتبرنا الصحــة كمنفعــة للاستـهلاك ، خدمات الصحة تصبح منتوجـات سلعية تعرض و تباع داخل السوق . الأسعار تحدد بالعرض و الطلــب بيـن الأطبـاء العارضين والمرضى الطالبين . لكن هذا التحليل يشكو من عدة نقائص حيث يمكننـا أن نسجل هذه النقائص :

ـ داخل السوق نلاحظ عجز المستهلك على تحديد متطلباته ، و عجزه أيضا عـن " ملاحظة نوعية المنتوج المعروض" (1) .

ـ منتج الخدمات المعروضة في السوق ، ليس فقط وسـيط ، إنمـا صـاحب نفوذ وقوة.

ـ تحديد السعر لا يحدد بين الطبيب و المريض بالتراضي كما كان فـي السـابق ، و إنما أصبح تدخل الدولة هو الأساس أو المصدر في تحديد أسعار تقديـم الخدمـات من سعر الدواء و التحاليل الطبية.

نسجل ثلاثة أنواع من الحاجة إلى الخدمـات الصحيـة : حاجـة مطلقـة و هـي صادرة عن طبع الإنسان للحفاظ على نفســه ، حاجـة تقنيـة نظريـة ، و هـي متصلـة بالتقنيات الموجودة . حاجة شعورية متصلة بالمرض الذي يشعر به الإنسان.

الطلب على الخدمات الصحية يختلف عن الطلب الاقتصادي)حيث تحدد الطلب علـى الصحـة نسبة الوفيـات، مدخـول الطبقـات الاجتماعيـة المهنية، حالـة التطـور الاقتصادي الثقافي و نموذج الاستهلاك، نموذج النقل، العوامل الطبيعية أو البيئيـة و الجنس.

3 ـ الصحة كاستثمار

إذا كان الطلب على الصحة استثمارا ، الإشكالية تصعد أكثرلتذوب في الرأس المال البشري.

ـ هناك الاستثمار الفردي : زيادة الإنتاجية الفردية و المدخول الفردي.

---

(1) ج. ف . نيز / مذكور / ص 9.

- الاستثمار الجماعي : زيادة الإنتاجية الجماعية و تنقص تكاليف الإنتاج .

منذ أمد بعيد كان الاهتمام بالرأس المال المادي و أهمل الرأس المال البشري. آدم سميث و من خلال الاقتصاد الكلاسيكي حلل مشكل الإنسان ونظرية الرأس المال البشري . هناك استثمارين في الرأسمال البشري : استثمار بالتربية و استثمار بالصحة . هذا الأخير هو الذي يهمنا .

فرانسوا كيني بدأ مقاله عن الإنسان (1757) " إنهم البشر الذين يكونون قوة الدول" . إ. شادويك الذي يعتبر أول من لاحظ العلامات الاستثمارية للصحة حيث قام بـ: "تقرير حول الحالة الصحية للعمال البريطانيين" الذي يمكن اعتباره أول محاولة لربط الصحة بالإقتصاد.

مارشل من جهته يؤكد على أهمية التربية، الأكل، الملبس، "عدد كبير من أطفال الطبقة العاملة ناقصي الأكل و اللباس، لهم سكن لا يهيئ الظروف لصحة جسمية و لا لصحة عقلية (ذهنية)... كلما كثر عدد أطفال جيل ما ناقصي الغذاء، كلما قل عدد ربحهم عند الكبر، و أيضا قوة تلبية الرغبات المادية لأولادهم ضعيفة و هكذا ... الرأسمال الأكثر نفاسة هو ذلك الذي يمثله البشر"(1)

وليام بيتي (williams petty) في حسابيته السياسية، (1699) حسب كمية الربح للجالية عندما تُبعد السكان من لندن خلال وباء الكوليرا.

في ألمانيا "ح فان ثومان" في "الدولة المعزولة" 1824 ناضل من أجل فكرة أن الحياة الانسانية لها قيمة اقتصاديا خاصة خلال الحروب "خلال معركة نضحي بدون تردد بمئات البشر في مقتبل العمر من أجل مدفع لأن شراء مدفع ينجر عنها مصاريف من الرأسمال العمومي في الوقت الذي يتحصل فيه على الجنود بقرار بسيط كتابيا"(2)

---

(1) الفرد مارشل "مبادئ الاقتصاد السياسي" اعادة نشر . غوردون و بريتش. 1971. ص 344 346

(2) مذكور عن .و. شولتز "استثمار في الرأسمال بشري" AER N0151 1962 P2.

4 ـ مقاربة بالتخطيط و الحساب الاقتصادي

مصدر المرض في الاقتصاديات المخططة اجتماعي. "المرض هو الشاهد على الاختلالات بين الاحتياجات الحيوية لذاتنا الجسمية و العقلية، و واقع الاحتياجات الاجتماعية الذي هو مادة لها"(1) بمعنى آخر الصحة بالنسبة للدول الاشتراكية مسؤولية الدولة، حيث في هذه الدول الصحة لا يمكن أن تكون منفعة سوقية (Marchande) بفعل نظام الأسعار الذي للدولة السيطرة الكلية عليه، و هذا نظرا لأنظمتها المخططة، و بذلك كل الخدمات الصحية المجانية.

"جوزيف برونو جالي" يشير إلى صعوبة هذه المقاربة و يذكر في هذا الإطار رابوشكين الذي يقول "إن الطبيعة الاقتصادية للخدمات المنتجة من طرف المؤسسة الاشتراكية هي مجاورة لتلك المنتجة ، الخدمات تدخل في التبادل للقيم المادية المخلوقة(crée)في الاقتصاد الوطني (...)،استقرار الفروع المنتجة للخدمات تزيد فورا في دخل الدولة الاشتراكية"(2)

"من البداية، زاوية المقاربةبالتخطيط الصحي مغايرة تماما. في البلدان التي تحاول بناء الاشتراكية، الصحة العمومية هي نشاط اجتماعي من ضمن النشاطات الاجتماعية، و يتوجب عليها، في انسجام مع الباقي، أن توضع في خدمة الأهداف العامة للمجتمع الاشتراكي الذي هو في طور البناء (3)

في البلدان الاشتراكية التخطيط الصحي يدخل ضمن المشروع الاقتصادي الشامل، الذي يتضمن سهولة الوصول إلى العلاج للجميع.

هذا التوجه تحاول اتباعه بعض الدول الغربية و تقريبا معظم الدول النامية التي تبحث عن الانسجام داخل منظوماتها الصحية.

---

(1) جون كاربوشي في "الطب العام" مازبورا. 1977. مذكور إيتان بارال ص 139.
(2) رابوشكين في "محاولة في الاحصائيات الاقتصادية" مذكور من ج.ب. جالي. مذكور.
(3) جيرار ديستان دوبرنيس في "التخطيط الصحي. أسئلة مدخلية" عالم ثالث. 1973 Tome IV N :53.

"الضمان بأساليب عمومية، للانسجام الديناميكي لنظام لا يمكن له أن يجد داخل آليات المنافسة قانون التوازن regulation"(1)

هذا التدخل و هذا الاتجاه التدخلي إن صح التعبير تزكيه مصالح المنظمة العالمية للصحة OMS و بالخصوص في بلدان العالم الثالث. إضافة إلى بعض الأنظمة الصحية التي تنتهجها بعض الدول الغربية مثل السويد، إنكلترا، دنمارك، نمسا، و بدرجة أقل فرنسا و إيطاليا(2).

(1) ج.د. دوبرنيس. مذكور.
(2) انظر في هذا الموضوع. ميلتون تيرس. مذكور. برونو جالي .

الفصل الثالث

تاريـــخ تطـــور المســـتشـفـــى

1 ـ على المستوى الدولي
2 ـ المستشفى في الجزائر
3 ـ المستشفى مؤسسة عمومية
4 ـ التقسيم الإداري للمستشفى
5 ـ التقسيم الطبي للمستشفى

إن أحسن تعريف يمكن تقديمه عن المستشفى ، **هو تعريف المنظمة العالمية** للصحة O.M.S ، حيث تعرف المستشفى على أنه : « **عنصر منظمة ذات طابع** طبي و اجتماعي ، أين تتمثل وظيفته في ضمان العلاج الطبي **الكامل للسكان ، شاف** أو علاجي ... و أين مصالحه الخارجية تشع و تنتشر حتى **الخلية العائلية** . وهو أيضا مركز ... لتكوين و البحث البيو- اجتماعي »، أو ببساطة **هو «مؤسسة** تأوي المرضى ... يتلقون العلاجات الطبية و التمريضية» و **هو أيضا: « مكان** أين الحياة ... الشاغل ».

1 - دوليـــــا:

إن الجانب التاريخي كان موضوع أعمال بحث " **شارل بيرو" Charles** Perrow ، الهدف منها وضع تاريخ المستشفى ، **النظر في كيفية تغير مراميه بسبب** تغير التكنولوجيا و احتياجات المجتمع ، دراسة **أثر تغير الأهداف و تشكيلة القيادة** على التنظيم .

شارل بيرو يفرق بين عدة مراحل: الأولى **متميزة برقابة أعضاء مجلس** الإدارة (1885-1929): العلوم الطبية هي إذن **في مظهرها البدائي ، و الثانية هي** التي يسيطر عليها الأطباء (1929-1942) **بفعل التعقد الكبير لمهماتهم ، و بعد هذا** نحظر لسيطرة الإدارة ، و هذه المرة **نتاج تشعب و تشابك نشاطات المستشفى ،** ومشاكل مركزية المعلومات (1942-1952)، **الوصول في الأخير الى تسيير وقيادة** متعددة ، أين كل المجموعات **تتقاسم السلطة كما هو عليه الحال حاليا.**

طبعا : كل المستشفيات **لا تحترم هذا المسار أو لا تحترمه في تسلسله (1)** ، من بين ما كتب عن تاريخ المستشفى **نحتفظ بذلك العمل الجيد لفرانسوا ستودلر**

---

(1) CH. PERROW, Gools and Powers Structures, a historical case study ... E. Freidson / The Hopital in Modern Society, New york, the free press of Glencoe 1963. p. 112-146.
(2) François STEUDLER / h'Hopital en observation / Librqirie Arnand Colin, Paris 1974. 265pages

"FRANCOIS STEUDLER"(2) ، أين يقسم التطور التاريخي للمستشفى الى ثلاث مراحل:

ـ المرحلة الأولى: (نظام تقليدي) يصل حتى 1850، المستشفى له دور تقديم العون تحت رقابة الكنيسة أو الحكم الديني . حيث لم يكن هناك وعي جماعي لظاهرة الصحة، (ماعدا الأمراض المعدية و الأمراض المدعوة "اجتماعية"). المستشفيات، الأنظمة الخيرية كانت بالخصوص وسائل للرقابة الاجتماعية.

لكن الدولة، بالرغم من محاولاتها ، لم تتمكن أو لم تردد لأسباب اقتصادية و مالية استرجاع الرقابة على مجموع المستشفيات من الكنيسة. المستشفى لم يكن إذن للطبيب إلا مكان عبور فقط. الأغنياء يستعينون بالأطباء الخصوصيين ، أما الفقراء فليس أمامهم إلا المشعوذين كحل لإصابتهم.

ـ المرحلة الثانية: (النظام المهني الحر) ، الذي يمتد من النصف الثاني للقرن XIX الى سنوات 1940، المستشفى أصبح تنظيما معقدا ، لم يعد فقط مكانا للإيواء ، لكن يصبو ليكون مركزا للعلاج، اين يعمل محترفون. و أصبح المستشفى المكان المفضل للأطباء ، حيث يقدم لهم مجموع ، و في نفس المكان ، تنوع كبير في الاصابات المرضية.

تطور العلوم و التقنيات ، غيرت و بصفة كبيرة من نشاط المستشفى ، المستشفى تطور ليصبح نظاما بيروقراطيا ، أين يسيطر محترفون يلتزمون بمنطق ليبرالي. خلال هذه المرحلة تطورت الحماية الصحية ، الوصول الى العلاج شجع على انشاء أنظمة ضمان من المرض(Systeme d'assurance maladie). و أصبح المستشفى بهذا مركز اهتمام بين ثلاثة أنواع من المتعاملين: الدولة، الادارة المحلية، المحترفين.

ـ المرحلة المعاصرة ، لها ثلاث خاصيات:

ـ المستشفى نظام تقني: التنظيم الاستشفائي تغير كثيرا بفعل المعطيات الجديدة للعلوم الطبية و التقنية . من وجهة النظر هذه أصبحت رهان المجتمع نفسه: الى أي مستوى تُطور القطاع الصحي؟.

ـ ظهور منطق العقلانية ، يهدف الى مراقبة مسار تطور النظام الاستشفائي و الذي يتعرض الى عقبات أساسية: الأفضلية الممنوحة الى الاستثمارات غير الصحية، منافسة عمومية ـ خاصة، عدم انسجام عرض العلاجات مع الطلب، نوعية التسيير الغير ملائمة، من ثمة تطور الدراسات في عقلانية الاختيارات على مستوى الميزانية ، الهادفة الى توفير إعانة في أخذ القرار ، و منه الانشغال ليصبح المستشفى مؤسسة حقيقية.

و حاليا ، المستشفى مؤسسة ، أين مراكز أخذ القرار متعددة و على مستويات مختلفة . منطق التغيير يظهر أكثر وضوحا،و القرارات المتخذة مفهومة أكثر إذا أردنا تحليل العلاقة "الادارة ـ الجهاز الطبي".

و في هذا المنظور ، نحن بحظور نظام استشاري، الجهاز الطبي يتمتع باستقلالية تقنية نسبية، في تناقص،و التي يحاول هذا الجهاز الحفاظ عليها، حيث لا يشارك في أخذ القرارات الادارية إلا بصفة استشارية . لكن أكثر فأكثر أصبحت القرارات الادارية وقع على التقنيات الاستشفائية و الطبيب مربوط بمشاكل التسيير و الاقتصاد الاستشفائي.

بعد هذا التغيير الجذري و هذا التطور التاريخي، أصبح المستشفى يلعب دورا كبيرا و حيويا، و انتقل من كونه فضاء اجتماعيا ليمسي فضاء اقتصاديا ، حيث أوكلت له مهمة معالجة و تجديد صحة قوة العمل و إرجاعها الى دائرة الانتاج لمواصلة نشاطها.

من بين الخاصيات الأساسية للنظرة الجديدة للمستشفى و لمهامه: تلك المتعلقة بمكانته داخل الوحدة العمرانية ، و التي تعتبر ذات أهمية كبرى. إن التطور الحالي للمجتمع يفرض على الجماعات المحلية خطوات كبيرة في طريق الحفاظ على الصحة. كمركز صحي أصبح المستشفى تحت ضغط احتياجات المواطنين ، إنه تحت الرقابة الدائمة للسكان، الذين يقومون بصفة أو بأخرى على إبقائه في الوجود (الخصم لصالح الضمان الاجتماعي، النظام التعاوني).

دوليا ألاتجاه السائد هو العمل على فتح أبواب التداوي و العلاج للجميع بدون تفرقة، و استلزم هذا تمييز العلاقة بين الجماعات المحلية و المستشفى، و انعكس هذا على نسبة المساهمة الكبيرة لهذه الجماعات في تنظيم و تسيير المستشفى.

في بلجيكا ، هولاندا، الولايات المتحدة الأمريكية، المستشفيات الخاصة بدون ربح تسير عموما من طرف المنظمات المنشأة (الصليب الأحمر، الصليب الأزرق...).

أما المستشفيات العمومية التابعة للدولة، كما في فرنسا، بلجيكا، انجلترا، السويد، ...الخ. مجلس الادارة ، لجنة التسيير Governing Board، مجلس التسيير، كلها هيئات غالبا ما تكون على رأس إدارة المستشفى، توكل لها مسؤوليات و مهام تسيير كبيرة.

إنها مكونة من طرف ممثلي مختلف المنظمات أو السكان ـ مُعَيَّنين من طرف المصالح العمومية أو منتخبين بانتخابات مباشرة (سويد) ـ، أما في البلدان الاشتراكية ، هناك عدة مظاهر لمساهمة السكان في تسيير المستشفى، غالبا ما تكون على مظهر نقابي أو سياسي.

2 - المستشفى في الجزائـــر:

إن التطرق الى تاريخ المستشفى بالجزائر يجرنا الى التكلم عن المنظومة الصحية الجزائرية التي تميزت بطابعين: ما قبل الاستقلال ، و طابع ما بعد الاستقلال و الذي تميز ببناء منظومة صحية جزائرية حديثة مبنية على مجانية العلاج .

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة ، حصرناها في محطات تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر، و تنقسم الى:

- مرحلة 1830-1850: أين كان العلاج يقدم من طرف الجهاز العسكري للعدو، و التنظيم كان يتم على أساس إقامة عيادات للتمريض، كان يطغى عليها طابع العنصرية في توزيعها، حيث كانت تكثر في المناطق الآهلة بالعسكريين الغزاة.

- مرحلة 1850-1954: يمكن إيجاز هذه المرحة في نقطتين :

أ - إقامة مقاطعات صحية ، و التي أصبحت خدماتها أوسع نسبيا حيث تتمركز في المدن و المناطق، الآهلة بالمعمرين الأوربيين ، و بالجزائريين المستغلين في قطاعات المناجم ، النقل و السكك الحديدية... الخ.

ب - ابتداء من 1904، و مع " أطباء البلديات " التي تهدف الى تقديم العلاجات الضرورية الى الأوربيين و السكان الجزائريين " Indigene " على قدم المساواة على حد زعمهم، إضافة الى مراكز صحية أقيمت من طرف الكنيسة حيث وصل بعضها الى الهقار.

- مرحلة 1945-1962: مع اندلاع الحرب التحريرية غير جيش التحرير الوطني من مقولة: طب المُسْتَعْمِرْ، طب المُسْتَعْمَرْ، و بدأت الثورة تتكفل شيئا فشيئا بعلاج الشعب رغم ضعف الامكانيات المادية و البشرية ، لكن و بعد اضراب الطلبة عام 1956 و التحاقهم بصفوف الجيش، تدعم التنظيم الصحي بيد

عاملة مؤهلة في التمريض و الطب و الجراحة حسنت نوعا ما في نوعية الخدمات المقدمة، و أصبح هناك تبادل في العتاد و الممرضين . في 1954 كان بالنسبة لـ 9.529.126 ساكن :

12 مستشفى عسكري.
110 مستشفى عمومي ، أغلبها عتيقة.
09 مستشفيات متخصصة. *

ـ 1962 فما فوق: بعد الاستقلال ، انهار عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري الى 600 طبيب، أي بمعدل طبيب واحد لكل 100.000 ساكن ، هذا كمثال فقط ، حيث أن نفس الانهيار حدث للشبه طبيين و الاداريين.

و من هنا أصبح لزاما انتهاج سياسة صحية مدروسة لسد الفراغ و التكفل بالجماهير الواسعة.، و في هذا الاطار أنشئت خصيصا وزارة الصحة العمومية ، وبدأت عملية إنشاء المستشفيات و تكوين الإطارات الطبية و شبه الطبية، وَ تخطيط خريطة صحية: اتجاهها لا مركزية العلاج، هدفها تقديم أفضل الخدمات ، و مبدأها الصحة للجميع.

و بقرار 73-65 لـ 1973/12/28 أعلن عن مجانية العلاج لفتح باب العلاج لكل جزائري أيا كانت مستوياته العلمية و المادية.

السنوات الأولى للاستقلال، كُرِّسَتْ لأتمام انجاز المستشفيات التي برمجت في مشروع قسنطينة ، و إقامة حسب الأولويات الاقتصادية بعض المشاريع الكبرى و الثقيلة على المستوى الاستشفائي ، كانت في المخطط الرباعي الأول، و في المخططات الخاصة، مع بعث برامج في صالح الولايات المحرومة، لكن التأخر في إنجاز المشاريع ، و زيادة الطلب على العلاج ترك شعور عدم الاكتفاء سائدا.

و قد اعتمدت استراتيجية تخطيط للخريطة الصحية تهدف الى تغطية البلاد بشبكة قاعدة للوقاية، للعلاج خارج استشفائي (Extra Hospitalier)، و الاستشفائي، وهكذا انطلقت وزارة الصحة العمومية في القيام بمقاربات للتخطيط الصحي وانتهاج التخطيط على المدى القصير 1984، و المتوسط 1990، و الطويل 2000.

---

* التجربة الجزائرية الصحية . منشورات وزارة الصحة . 1983 .

3 - المستشفى مؤسسة عمومية:

" المستشفى مؤسسة عمومية و غالبا مؤسسة بلدية، أين الاستقلالية تتأكد شيئا فشيئا. كل مستشفى يخضع لتقسيم طبي و لتقسيم إداري، و هذا حسب طبيعة وأهمية المهمة الموكلة إليه."(1)

ـ المستشفى مؤسسة عمومية: المستشفى العمومي يتميز بالمميزات الكلاسيكية للمؤسسة العمومية، له الشخصية المعنوية و له الاستقلالية الواسعة في التسيير.
منذ نشأتها أوكلت للمؤسسة الاستشفائية مهمة استقبال و علاج جميع المرضى بدون أي تمييز عنصري أو ديني. خاصة بعد اقرار مجانية العلاج التي أكدت صفة العمومية للمستشفى. خلافا لمعظم مؤسسات العلاج الخاصة،المستشفى العمومي ليس له هدف ربحي .لكن اذا لم يحقق أرباحا يتوجب عليه تعديل ميزانيته بين المداخيل و النفقات ، هذا المفهوم (التوازن المالي) يتماشى مع متطلبات المصلحة العمومية.

في اطار القوانين و الاحكام ، و تحت رقابة الوصاية يمكن للمستشفى وبواسطة ممثليه القيام بكل المهام الضرورية، و في هذا الاطار، له أن يبرم اتفاقيات وعقود مع القطاع العام و حتى مع القطاع الخاص.

4 - التقسيم الإداري و الطبي للمستشفيات.

الخريطة الصحية الوطنية عرفت مستويات علاج مقاربة(Correspondant) لمستويات إستشفائية.

مستوى أ A

علاجات عالية في التخصص (المنطقة الصحية)

مستوى ب B

علاجات متخصصة (ولاية)

مستوى س C

(1) إدارة المستشفى . ب. لاشيز. باسكي. سلسلة الادارة الجديدة.1968.
(2) تنمية الصحة . وزارة الصحة.1983.

علاجات عامة (دائرة)

مستوى د D

علاجات استعجالية ذات قاعدة لا استشفائية (قاعة علاج، مراكز صحية ، عيادة متعددة الخدمات).

الهياكل المقابلة لمستويات العلاج هي:

- المؤسسة الاستشفائية للناحية (E.H.R) متمركزة على مستوى مقر الناحية الصحية . يتكون من علاجات صنف "A" - "B" - "C" .
- المؤسسة الاستشفائية الولائية (E.H.W) متمركز بمقر الولاية، يتكون من علاجات صنف "B" - "C" .
- المؤسسة الاستشفائية للدائرة (E.H.D) متمركز بمقر الدائرة، يتكون من العلاجات صنف "C" .

لكل هيكل (Structure) علاج تقابله قدرة نظرية و تقنية للأسرة :

E.H.R - 600 إلى 700 سرير.
E.H.W - 240 إلى 400 سرير.
E.H.D - 120 إلى 240 سرير.

لابأس أن نذكر أن التقسيم الطبي للمستشفيات و دور العجزة يختلف عن الترتيب الإداري. حيث يهتم الترتيب الطبي بأهمية التجهيز و التخصص للمؤسسة .

التقسيم الطبي للمستشفيات يستلزم التوزيع، تكوين و أهمية مصالح العلاج . إنه ترتيب مرتبط بطبيعة و مستوى العلاجات و التجهيزات. لكنه لا يهتم أساسا بالقدرة المادية للمؤسسة، بما فيها الاحتياجات في المستخدمين و الإطارات .

من أجل هذا أوجد التقسيم الإداري الذي يهتم بعدد الأسرة (Lits) و الاشتغال (Frequentation) على المستشفيات.

الفصل الرابع

خاص بإنشاء المراكز الاستشفائية

1 ـ التنظيـــم العـــام
2 ـ الأهـــداف العـــامة

الفصل الرابع: خاص بإنشاء المراكزالاستشفائية و الجامعية

قبل الخوض في القوانين العامة المسيرة لهذين الهيكلين، نرى أنه من المفيد التطرق إلى النظامين الصحيين اللذين سدا إلى يومنا هذا: 1962 ـ 73 و 1974 ـــ 1990.

. فترة 1962 ـ 1973:

بعد الاستقلال و إلى غاية سنة 1973 كانت المستشفيات مؤسسات تتمتع بالشخصية المعنوية و بالاستقلالية المالية.
و كانت آنذاك لجنتان تعملان في إطار قانوني محدد لفائدة المريض و المؤسسة ألا و هما: اللجنة الطبية و الإستشارية، و اللجنة الثانية إدارية وللمداولات (Délibérante)، متكونة من ممثلين عن الضمان الإجتماعي و آخرين عن السكان.

على مستوى التسيير و بفضل الإستقلالية المالية كانت هناك تقاليد عمل ناجعة، حيث كانت تحدد الميزانية على ضوء معلومات مدققة و مبررة، و بفضل السعر اليومي (prix de journié) كان المستشفى يقوم بتقسيم موارده على عدة ملفات، مثل ملف الإستثمار (بناء مصالح جديدة ...)، و ملف شراء العتاد الثقيل و غيره.

و عند نهاية كل سنة تقوم إدارة المستشفى بتحضير و تقديم التقرير المعنوي و المالي، الحساب "الاداري"، حساب التسيير "الموارد" Compte de gestion "matiere".
استقلالية المؤسسة كانت تسهل مشاركة الأطباء الخواص في المستشفى إلى جانب الأطباء الدائمين و هذا بشكل تعاقدي طبعا.

و من هنا أصبحت قمم في الطب يزاولون كخواص يقدمون خدمات جليلة للمرضى و لطلبة الطب.

ب. فترة 1974 ـ 1990م:

عرفت هذه الفترة ظهور مجانية العلاج كتوجه جديد للنظام الصحي، و مثل التغيير أوجب تحوير كبير في النظام السابق قصد خلق المناخ اللازم لتطبيق نية العلاج.

و من ثمة أصبحت الميزانية تحدد من طرف أصحاب رؤوس الأموال (Bailleur de fon)، ألا و هما صندوق الضمان الإجتماعي و الدولة فقط، و بهذا بقيت التنبؤات بالنسبة للميزانية تقام على معطيات غير مدققة، و غير مبررة لعلى الجانب الجزافي على الجانب العلمي و العملي.

و ألغيت من جراء هذا كله تقاليد التسيير القديمة، و اقتصر دور المسير على يق الميزانية بدون أي نقاش أو تشاور.
و بسبب هذه المركزية المفرطة همشت الإدارة عند دورها الحقيقي لتصبح هيكل يسيير "الورق" كما يتداول على ألسنة العديد من المديرين بالجزائر.

و مع مجانية العلاج بدأت تظهر عدة عيوب، حيث أصبح الفرد الواحد يزور ة أطباء في اليوم الواحد بكل ما تكلفه هذه الزيادة من استعمال للعتاد الطبي، ن وصفات للأدوية.

دراسة قامت بها عدة مصالح للأشعة للجزائر العاصمة 1979 ـ 1980 بحت واقع رهيب، و هو أنه بالنسبة للجزائر نسبة استهلاك أفلام و مواد الأشعة وي مثيلتها في ألمانيا.
حتى أن بعض البلديات و بعض المنتخبين أصبحوا يقيسون المستوى الصحي يهم بمستوى الهياكل الصحية الثقيلة، و هذا معيار غير كاف إذا لم يكن خاطئ.

الوحدات (المصحات، مراكز صحية إلخ...) التي كانت مسيرة من طرف دية من قبل ألحقت بوزارة الصحة حوالي سنة 1967 ـ 1968.

النظـام الحـالي يرتكـز علـى القطاعـات الصحيـة ، المراكـز الاستشـفائية جامعية(C.H.U)، و المستشفيات المتخصصة (E.H.S) و المسيرة بصفة منفصلة.

القطاعات الصحية ممثلة بمجموع وحدات العلاج، المستوصفات، المراكز صحية، قطاعات العلاج، العيادات متعددة الخدمات.

بالاضافة الى هياكل خفيفة للاستشفاء، المخابر، مصالح النظافة و الوقاية، المدرسي، طب العمل.

هذه الهياكل تتموقع حول المستشفيات الجامعية أو حول القطاعات الصحية.

من المهام الموكلة الى القطاعات الصحية وضع شبكة لتوزيع العلاجات ، في الوقاية، الفحوصات، إعادة الحركة، المراقبة و التربية الصحية.

القطاع الصحي مسير من طرف مجلس الادارة ، الذي يمكنه تفويض جزء صلاحياته الى مسؤولي الهياكل التي تكونه (حاليا الأطباء المسؤولين عن فروع القطاع الصحي Sous secteurs).

المستشفيات المتخصصة تضمن على وجه الخصوص العلاج المتخصص، المراكز الاستشفائية الجامعية فهي تتكلف بالتكوين و العلاج، و سنورد فيما يلي عن انشاء المراكز الاستشفائية الجامعية.

الشكل التنظيمي للنظام الصحي الحالي.

القطاعات الصحية	المراكز الاستشفائية الجامعية	مستشفيات متخصصة
- العيادات المتعددة الخدمات - المستوصفات - المراكز الصحية - قاعات العلاج - وحدات العلاج	المستشفيات أين توجد أكبر التخصصات في ميدان الطب مدرجات التعليم - ما بعد التدرج - الطبي - الشبه طبي	أين يضمن العـلا ج المتخصص فقط.

الهياكل الثقيلة

- المخابر
- مصالح النظافة و الوقاية
- الطب المدرسي
- طب العمل

الهياكل الخفيفة

•. إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية:

أنشأت المراكز الاستشفائية الجامعية بموجب المرسوم رقم 86 ـ 25 لـ 11 فبراير 1986. هذه المراكز هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري، و لها الشخصية المعنوية و الاستقلالية المالية.

الوصاية الإدارية للمركز الاستشفائي الجامعي تمارس من طرف وزير الصحة العمومية، أما الوصاية البيداغوجية تمارس من طرف وزير التعليم العالي، و تمتد إلى مجموع النشاطات البيداغوجية و العلمية للمؤسسة، خاصة فيما يتعلق:

- تنظيم الهياكل و الأجهزة البيداغوجية و العلمية للمؤسسة.
- شروط الدخول و التوجه للطلبة.
- الموافقة على المداولات للمجلس العلمي في المواضيع المرتبطة بالتكوين و البحث العلمي في العلوم الطبية.

كما جاء في المادة 6 لمرسوم الإنشاء، المركز الإستشفائي الجامعي، هو مؤسسة علاج، تكوين و البحث في العلوم الطبية.

و من هنا مهمته، داخل المخطط الوطني للتنمية:

أ) فيما يخص العلاج: في هذا الإطار أوكلت لها إنجاز البرنامج الوطني للوقاية و التربية الصحية، زد على ذلك ضمان علاجات خاصة المتخصصة، و حماية صحة السكان.

إلى جانب تساهم في وضع قواعد و معايير للتجهيز الصحي، العلمي والبيداغوجي للهياكل الصحية، ضف إلى ذلك الإهتمام بالأدوية و البرامج التموينية لهذه المادة.

ب) فيما يخص التكوين: ضمان علاقات وطيدة مع المعهد الوطني العالي في العلوم الطبية، تكوين المتدرج و ما بعد التدرج في العلوم الطبية، و المساهمة في وضع برامج في هذا الإطار.

إلى جانب التكوين الطبي هناك التكوين الشبه طبي و للمستخدمين الإداريين و التقنيين للصحة العمومية، ضف إلى ذلك إعادة الرسكلة للممارسين الطبيين.

ج) **فيما يخص البحث:** دور آخر منوط بالمركز الاستشفائي الجامعي، و هو دور البحث و القيام ببحوث و تحاليل و أعمال في نطاق العلوم الطبية. زد على هذا تنظيم ندوات و لقاءات و مؤتمرات لدراسة مختلف المواضيع الطبية، و التي تسمح بتبادل الأفكار و المعلومات و تعمم الفائدة على الجميع.

لكي ينشأ مركز استشفائي جامعي يجب أن يتوفر على امكانيات بشرية كافية و ذات كفاءة عالية لضمان النشاط العلاجي و التكويني و في مجال البحث، هذا أولا، أما ثانيا فيتوجب عليه الحيازة على تجهيزات و عتاد علمي، بيداغوجي و تقني قادر على استيعاب الأساتذة و الطلبة و ضمان لهم الظروف اللازمة للعمل.

ثالثا إجبارية وجود على الأقل تسع اختصاصات:

ـ طب الداخلي، ـ الجراحة العامة، ـ طب الأطفال، ـ الولادة، ـ الأنف، الأذن، الحنجرة، ـ طب العيون، ـ الأشعة، ـ بيولوجيا، ـ التخدير و الإنعاش.

يتكون المركز الاستشفائي الجامعي من مجلسين:

-) <u>مجلس التوجيه:</u> يداول هذا المجلس حول:

برنامج النشاط للمؤسسة.

بعث برنامج للوقاية و التربية الصحية و العلاج.

تنظيم و تشغيل المؤسسة.

مشروع الميزانية.

الحساب الإداري.

التقرير السنوي لنشاطات المؤسسة المقدم من طرف المدير العام.

قبول أو رفض الهبات.

-) <u>مجلس علمي: له مهمة:</u>

- المشاركة في وضع برامج للتكوين و البحث في العلوم الطبية.
- إعطاء رأيه حول برامج التجهيز الطبي.
- اقتراح كل الإجراءات التي من شأنها تحسين، تنظيم و اشتغال مصالح العلاج و الوقاية.
- اقتراح فتح فروع جديدة.
- المشاركة في تقسيم الطلبة.
- تقييم نشاطات المصالح المختصة في العلاج و التكوين و البحث.
- اعطاء رأيه حول انشاء أو الغاء هياكل أو مناصب.

البـاب الثاني

نظام التسيير في المستشفيات

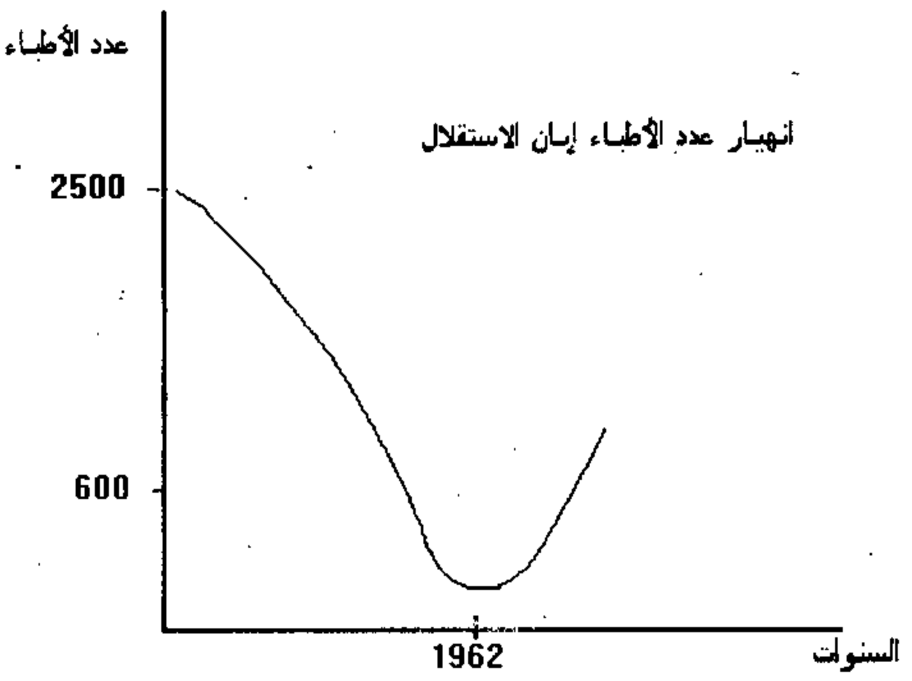
الباب الثاني: نظام تسيير المستشفيات

اذا كان من الضروري الاشارة الى الدور السياسي ، الاقتصادي والاجتماعي للمستشفى داخل المجتمع ، فهذا لا يعني أن نهمل خاصية التنظيم الاستشفائي .

المستشفى أصبح داخل النظام الصحي الجزائري عنصرا مركزيا، و أمسى يلعب دورا أكثر فأكثر أهمية داخل الاقتصاد القومي، يمكننا اعتباره مؤسسة حقيقية مطابقة للمؤسسات الأخرى ، لكن مختلفة في بعض النقاط: المادة هو الانسان، المريض،لا يخضع للقوانين التقليدية للسوق ، مفهوم المردودية لا يجب أن يعني الربح؛ نادرا ما يختار المريض الخدمة ، لكن المحترف ؛ خلافا للمؤسسات الأخرى، الجسم هو موضوع عمل و تدخل فيزيائي و تقني.

المستشفى يعرف على المستوى التقني تغيرا هائلا، يعاكس ذلك الركود الذي عرفه خلال القرن الماضي. هندسته المعمارية أصبحت تقدمه على شكل مركز مشع و متطور ، أين تسيطر التكنولوجيا الحديثة. القاعات الجماعية أين كان يكدس فيها المرضى تنازلت تدريجيا عن مكانها لصالح غرف لواحد، اثنين، أو بضعة أسرّة(Lits) ، التجهيز تطور و تنوع ، تقنيات الطب الجراحي، الانعاش، زرع الأعضاء أصبحت تطبق في المراكز الكبرى ، و بالخصوص في المراكز الاستشفائية الجامعية (C.H.U) . وجود اختصاصات كثيرة ضاعف و نوع التحاليل الطبية ، بمعنى آخر عالم الأجهزة ، و المستخدمين ذوي البدلة البيضاء عوض فضاء الكآبة و قهر النظام الاستشفائي القديم. تقسيم العمل في تطور مضطرد ، وفئات جديدة من المستخدمين برزت ، حتى أصبحت الخدمة الطبية نتاج عمل فريق. زيادة المستخدمين، تضاعف المصالح و الاختصاصات ، التطور التقني كلها عوامل غيرت من هيكل القيادة، نوعية السلم الهرمي و أنظمة الاعلام داخل المستشفيات.

لم تكن للجزائر غداة الاستقلال ، تقاليد راسخة في التسيير الاستشفائي ، حيث ورثت البلاد مستشفيات تحتضر بفعل هروب عدد هائل من الأطباء و الشبه طبيين الفرنسيين.



المصدر : التجربة الجزائرية في الصحة / وزارة الصحة / أفريل 1983

و قد كان لزاما على السلطات خوض الميدان الاستشفائي على جبهتين:
جبهة ضمان العلاج للجميع أولا، و-إعادة بعث التعليم الطبي ثانيا.

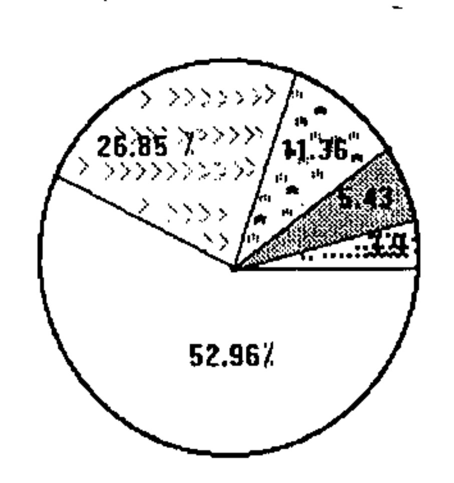
هذه المجهودات أتت بثمارها ، و هذا ما يتجلى واضحا من الزيادة الكبيرة عدد الأطباء و الشبه الطبيين. و هذا زيادة على القفزة النوعية التي عاشتها مستشفياتنا، حيث تجهزت الجزائر بمستشفيات غاية في التطور، أين توجد أحدث ... التكنولوجيا في الميدان الطبي ، مثل أجهزة أشعة الدماغ (Scanographie) ... على سبيل المثال لا الحصر.

المستخدمون:

طبيون: 34.929
شبه طبيين: 83.119
اداري: 11.008
تقني والخدمات: 39.128

تقسيم الأطباء العامين على الهياكل
الى 1991/12/31

السكان	ق. صحي	خاص	شبه عمومي	م.إ.ج	م. مختص	مجموع
25.721.000	8.773	4.159	813	497	111	14.353



Prive
Residents
Hospitalo-univers
Sante public

(*) احصاء أوقف على تاريخ 1991/12/31/ مصدر وزارة الصحة / مديرية التخطيط.

إن الإدارة الاستشفائية مدعوة لأن تكون في مستوى التطور التقني الذي عرفه المستشفى ، وزارتي الصحة و السكان و التعليم العالي تعملان في إطار مشترك على وضع قاعدة تكوين متخصص في تسيير الهياكل الاستشفائية ، حيث أدخل تخصص الادارة الاستشفائية على مستوى المدرسة الوطنية للادارة، بالإضافة الى ما تنتجه معاهد الصحة العمومية ، التي تقدم أعمالا و بحوثا تساهم في تطوير نوعية العمل الاداري، الذي أصبح جد استراتيجي، خاصة بعد ارتفاع نفقات الصحة العمومية التي بلغت 7 ٪ من الناتج القومي الخام (P.I.B) (1).

سنعتمد خلال دراستنا على مثال ميداني ، و هو مستشفى حسن بادي (بلفور سابقا) بالحراش، الذي تعتبر المشاكل التي تواجهه صورة يمكن تعميمها على كل المستشفيات الجزائرية في صعوبة تسييره ، في عدم انسجام تركيبته البشرية ، في تناقضاته الداخلية، مما يجعله صورة للوضعية الحرجة التي يتخبط فيها المستشفى في الجزائر.

(1) التقرير العام حول النظام الصحي في الجزائر. 1990/ منشورات وزارة الصحة.

الفصل الأول

الهيكل التنظيمي العــام

1 ـ الشكل الإداري
2 ـ مراكز القرار في المستشفى
3 ـ دور إطارات الإدارة

الفصل الأول: الهيكل التنظيمي العام

الإدارة الإستشفائية أصبحت جد معقدة، إذا كل المصالح التي تكونها لم تنظم وفق خطة معينة، تبرز من خلالها مكانة و مهمة كل مصلحة، و تحدد علاقة كل واحدة بالأخرى. فإن الفوضى ستعم.

للسير الحسن داخل الإدارة من المفيد أن كل مستخدم يعرف واجباته و حقوقه، موقعه داخل ه م الإدارة، الوصاية المباشرة عليه و غيرها من ضروريات التسيير المنسجم.

إن الهيكل الحالي لتنظيم المستشفى يسمح له بنوع من الإستقرار الداخلي و الذي ينعكس إيجابا على نوعية الخدمات المقدمة، هذا الإستقرار ناجم بالدرجة الأولى على عملية التقسيم و التخصص داخل المستشفى.

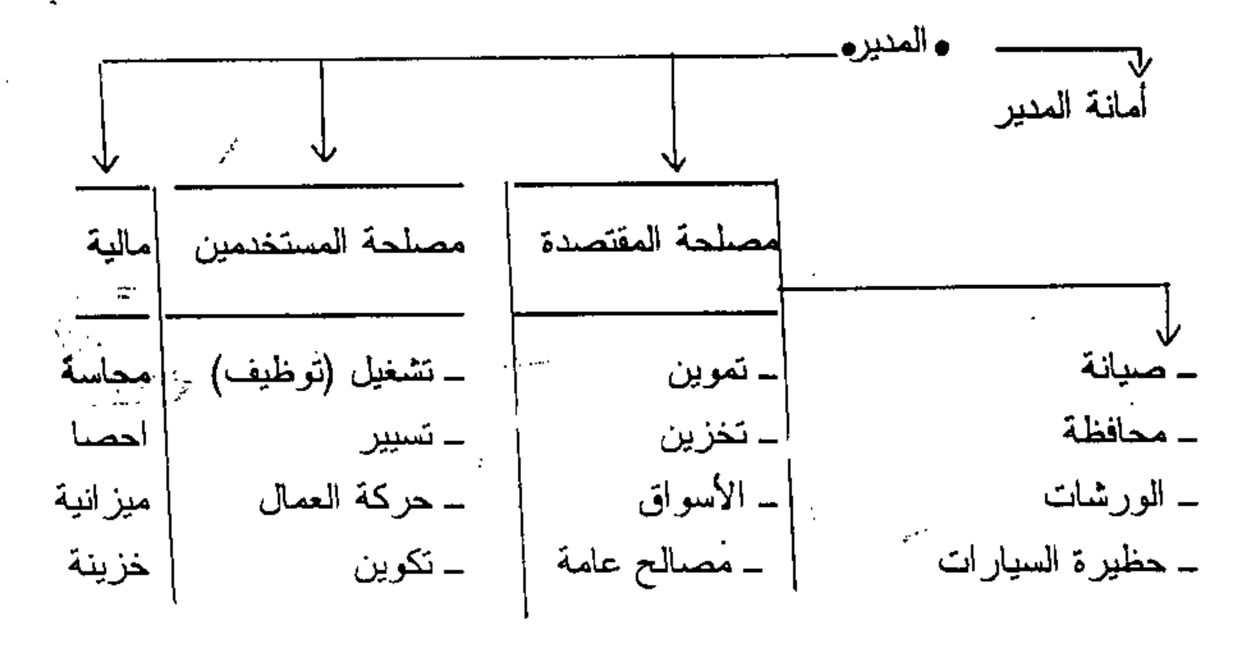
في هذا السياق يتوجب علينا معرفة:

1. الشكل العام للتنظيم.
2. تقسيم المهام.
3. دور إطارات الإدارة.

1) تقديم للشكل الإداري:

الطريقة المثلى لاستعراض مجموع المصالح المكونة للجهاز الإداري، هو وضع شكل عام نستشف من خلاله مختلف المصالح و مهامها.

هذا التنظيم العام الذي سنقدمه لا نعتبره تنظيم نهائي، لكن يمكن الإحتفاظ به في معظم الحالات مع بعض التغييرات الناجمة على التنوع و الإختلاف بين مستشفى و آخر.



من خلال هذا الشكل نلاحظ مايلي:

ـ الامكانيات البشرية: والتي تعتبر مهمة جدا، يتكلف بتسييرها مصلحة المستخدمين

ـ مصالح التموين و الأشغال و اللتان توفران الإمكانيات المادية اللازمة لنشاط المستشفى. على العموم تنتميان إلى مصلحة المقتصدة لكن في بعض المستشفيات تضاف مديرية التجهيز و الهياكل التي تتكفل بكل ما هو صيانة و محافظة (Entretien).

ـ أخيرا، إدارة المستشفى تستوجب إقامة دفاتر للمحاسبة و الميزانية، زيادة على ضمان دور تخليص أجور المستخدمين، كل هذه المهام و غيرها من القضايا المالية تشرف عليها مصلحة المالية.

2 ـ مراكز أخذ القرار داخل المستشفى:

مراكز أخذ القرار أو بعبارة أخرى المناصب الحيوية على مستوى إدارة المستشفيات يمكننا في مرحلة أولى ايجازها كما يلي:

أ ـ المدير:

و هو المسؤول على السير الحسن للمستشفى، و من مهامه ضمان أمن المرضى خلال إقامتهم و السهر على توفير كل شروط العلاج اللازمة . يتوجب عليه استعمال كل الصلاحيات المخولة اليه للتطبيق الصارم و السليم للقوانين ، وفي حالة صعوبات مستعصية عليه أن يعلم أعضاء مجلس الادارة،   ، و الوزارة الوصية.

يعين من طرف الدولة، و من مهامه، بالإضافة الى كل ما سبق ذكره، حضور مجلس الادارة و ضمان أمانته، و يقوم بتطبيق مداولات مجلس الادارة، المدير ، آمر بتفويض من مجلس الادارة.

ب - المقتصد:

كان المقتصد و لمدة طويلة المسير الرئيسي للمؤسسة الاستشفائية. الفصل بين وظيفة المدير و المقتصد ظهرت فيما بعد ضرورية، بعلة تعقد المهام الموكلة للمستشفى، تزايد و تنوع الوظائف الادارية، و هذا على الأقل في المؤسسات الاستشفائية الكبرى. حيث نجد أنه في المستشفيات التي تعداد أسرتها أقل من 200 المهتمين مازالتا مجمولتين.

يعين المقتصد من طرف الوزارة الوصية، و يزاول مهامه تحت سلطة المدير، الذي هو مسؤول أمامه في عملية التسيير ، و تحت رقابةمجلس الادارة.

يتمثل دوره في الحصول، تخزين و الحفاظ على المواد و الحاجات المتنقلة ، زيادة على هذا يضمن التوزيع الأمثل لهذه المواد على مختلف المستويات ، و هو ملزم بإقامة دفاتر محاسبية و تقارير عن هذه العمليات .

عملية الفصل بين مهمتي الآمر و المحاسب تمت بمقتضى المرسوم حول المحاسبة العامة لـ 31 ماي 1962، المادة 25 (*).

ج - القابض:

قابض المستشفى هو مستخدم ينتمي للخزينة العمومية، أين الوصاية العليا عليه هي وزارة المالية.

للقابض دور مزدوج ، حيث أنه المسؤول عن تسديد ديون المستشفى من جهة و تحصيل مستحقاته . هاته العمليات لا يمكنها أن تقام في أي حال من الأحوال خارج مسؤوليته. و هو بهذا ملزم بإقامة الدفاتر القانونية الضرورية للحفاظ على الشفافية التامة.

(*) المادة 25: تنص على ما يلي: يجب اقامة محاسبتين منفصلتين، الأولى من طرف الآمر، و الأخرى من طرف المحاسب عند نهاية كل سنة مالية. تقارن المحاسبتين اللتان يفترض أن تكونا متساويتين في النفقات والمداخيل.

و كما سبق ذكره ، المدير آمر بتفويض من مجلس الادارة ، و لا يمكن في حالة غيابه تعويضه بمقتصد.

تسيير المستشفى يخضع أيضا لمراكز قرار أخرى ، أولها و أهمها :

- مجلس الادارة : الذي يعتبر مركزا للمداولة و أخذ القرار ، مداولاته واجبة التنفيذ، و يتكون من:

- ممثلين منتخبين عن المستخدمين الطبيين.
- ممثلين منتخبين عن المستخدمين شبه الطبيين.
- ممثلين منتخبين عن المستخدمين الاداريين.
- ممثلين منتخبين عن المستخدمين المعاونين التقنيين.
- رئيس المجلس العلمي.

صلاحيات هذا المجلس تتمثل في كونه المحاور المفضل أمام مختلف الهيئات: الدولة، الأجهزة المسددة (Organisme payeurs)، قطاعات التكوين.

من ضمن الأدوار المسندة اليه، وضع الخطة المديرة للتطوير، التي تحضر بالتنسيق بين مختلف اللجان الاستشارية في إطار المخطط الوطني للصحة.

رئيس مجلس الادارة ينتخب من بين أعضاء المجلس للفترة الانتخابية لهذا الأخير.

- المجلس العلمي:

و يتكون من ممارسين داخل المؤسسة (محترفي الصحة) ، و يقوم بتحضير البرنامج التقني للصحة على أساس اقتراح و توصية من المجالس الاستشارية (اللجان التقنية المتخصصة، مجالس المصالح، ...الخ). البحث العلمي التكوين، كلها أمور مطالب المجلس بترقيتها ، و هذا في إطار البرامج التي تقدم الى مجلس الادارة، الذي يسخر الامكانيات المالية لتنفيذها.

ملاحظة: هذه المجالس (مجلس الادارة، المجلس العلمي، مجلس المصالح) يمكنها الاجتماع بطلب من الرئيس أو 2/3 من الأعضاء.

-اللجان متساوية الأعضاء :

و بمقتضى المرسوم رقم 84. 10 لـ 14 جانفي 1984 المحدد لصلاحيات، تكوين، تنظيم و اشتغال لجان متساوية الأعضاء.

و بعد الإضطلاع على المرسومين رقم 66- 143 لـ 2 جوان 1966 المحدد لصلاحيات، تكوين، تنظيم و اشتغال لجان متساوية الأعضاء، و المرسوم رقم 69- 55 لـ 13 ماي 1969 المحدد لكيفيات تعيين ممثلي مستخدمي اللجان متساوية الأعضاء. و ضعت مراسيم الأحكام العامة المسيرة لهذه اللجان.

اللجان متساوية كما جاء في المادة 3 من المرسوم تتكون من ممثلي الإدارة و ممثلين عن العمال و هذا بنسب متساوية. ممثلي العمال ينتخبون وفق الأحكام المحددة في المرسوم رقم 69- 55 لـ 13 ماي 1969.

تتكون هذه اللجان من أعضاء مرسمين و بعدد مساوي أعضاء إضافيون، الذي لا يمكنهم الحضور إلا في حالة تعويض الأعضاء المرسمين.

هذه اللجان يمكن اللجوء في المسائل الشخصية الناتجة عن تطبيق الأمر رقم 66- 133 لـ 2 جوان 1966. و يلتجئ إليها إجباريا في المواد التالية:

- تمديد التربص.
- ترقية في الدرجة أو المنصب.
- استيداع المباشر، و التحويل المباشر Détachement .
- استيداع.
- عقوبات من الدرجة الثانية.
- الجدول السنوي للحركات، المقررة في المادة 53 للقانون العام للوظيف العمومي.
- الإدماج في هيئة العمل غير أصلي.Corps de débechement.

الأراء الصادرة عن هذه اللجان تعتبر آراء إستشارية، إلا في بعض الحالات الإجبارية:

- فصل في العمل غير أصلي أو التحويل الإلزامي (Doffice).
- رفض قبول إستقالة.
- ترقية في الدرجة أو المنصب.
- تخفيض الرتبة، الوضع في حالة تقاعد إلزامي، فصل بـ أو بدون محو الحقوق إلى المنحة.

هذا تقديم موجز للشكل الاداري ، و سيأتي التفصيل تدريجيا خلال هذه الدراســـــة.

الفصل الثاني

إدارة المستخدمين

1 ـ تسيير الحياة المهنية

2 ـ دراسة نقدية في ادارة المستخدمين

3 ـ اقتراحات عملية

إن وظيفة تسيير المستخدمين في المستشفى مهمة و استراتيجية ، نظرا لتنوع الفئات العاملة هناك ، حيث نجد العامل المهني إلى الإداري مرورا بالشبه الطبي و انتهاءا بالجهاز الطبي.

هذا التباين أوجب سن قوانين خاصة و عامة تسير هذه الفئات العاملة بالمستشفى.

عموما و على مستوى إدارة المستخدمين و قصد تيسير مهمة المسير،تقسم تركيبة المستخدمين إلى ثلاثة فئات :

- مستخدمين و تقنيين و إداريين.
- مستخدمين شبه طبيين.
- المستخدمين طبيين.

أ- المستخدمون الطبيون:

هذه الفئة تنقسم من جهتها الى قسمين :

- قسم الاستشفائيين الجامعيين Hospitalo- universitaire

و الذي يشمل مجموع الأطباء الذين يقرنون مهمة العلاج مع التعليم. و وصاية هذا القسم من المستخدمين كانت مشتركة بين وزارتي التعليم العالي و الصحة ، وبالتحديد الى عام 1982 بالنسبة للأجرة، و الى 1987 بالنسبة لتسييره اين انتقلت إلى الأولى.

- قسم أطباء الصحة العمومية Medecin de santé publique

و الذي يشمل الأطباء العامين ، أي ما يعادل 60٪ من مجموع الأطباء العموميين الجزائريين، و المختصين Specialistes أي 12٪،يمارسون في الهياكل العمومية.

ب- المستخدمون الشبه طبيون:

ب ـ المستخدمون الشبه طبيون:

تحت الوصاية المباشرة لوزارة الصحة، عرف هذا القسم تطورا هائلا كميا ونوعيا. و ينقسم الى ثلاثة مستويات حسب درجة التكوين و التخصص:

ـ التقنيون السامون للصحة ، أين يجمع كل من القابلات، الممرضون المؤهلون...الخ (Assistants, Kinesitheropentes, infermiers, radiologues, prothesistes dentaires, secretaire mediales).بعدما كانوا لا يتعدون 5.3٪ من مجموع المستخدمين الشبه طبيين عام 1974، أصبحوا يمثلون 10.2٪ عام 1984.* و يعرف هذا المستوى تطورا مضطردا و سريع أكثر من المستويات الأخرى نتيجة الجهود فيما يخص التكوين.

ـ التقنيون الصحيون، و يشتمل على كل من الممرضين في العلاج العام ، الممرضين في النظافة و التطهير، نواب الممرضين في الأشعة و الصيدلة. بعدما كانوا يمثلون 47.7٪ من مجموع المستخدمين الاستشفائيين عام 1974، عرف وزنهم تقهقرا ليصل الى 36.1٪ عام 1984.*

ـ المستخدمون التقنيون: و يشمل المساعدات في علاجات التمريض ، علاجات التوليد، النظافة و التطهير و سائقي سيارات الاسعاف ، نسبتهم مرت من 53.7٪ عام 1984 الى 43٪ 1974، مرتبط و بصفة جوهرية بضرورات التوظيف نتيجة التوسع الفيزيائي للهياكل العمومية للعلاج و خاصة المستشفيات .

ج ـ المستخدمون الاداريون: مثله مثل الشبه طبيون، ينقسم الى ثلاثة أقسام حسب درجة التأهيل ، رغم أن تطوره لم تكن سريعة (مؤشر 243 عام 1984 مع وتيرة قاعدة 100.عام 1974)،* إلا أن تعداده عرف تضخما كبيرا جراء مختلف مهام التسيير الاداري.

رغم عدم اتصاله المباشر بالمرضى ، إلا أن مرونته في تسيير الملفات ، والاحتياجات يجعل من الخدمات المقدمة للمرضى ذات نوعية عالية.

---

* التجربة الصحية الجزائرية. مذكور. ص 110 .

1. تسيير الحياة المهنية

القوانين العامة التي تسير الحياة المهنية نجدها مشتركة بين مجموع المستخدمين و إحتراما لترتيبها في الجريدة الرسمية سنوردها كما يلي :

- التوظيف و التعيين.
- التكوين و الترقية.
- الأجرة.
- الحركة.
- الإنضباط.
- التقديم.

و نضيف عنصرا آخر و هو إحترام ظروف العمل و الحريات النقابية.

المرسوم الذي يحدده الأحكام العامة للحياة المهنية للهيئات و الإدارات العمومية هو المرسوم رقم 85 ـ 59 لـ 23 مارس 1985.

ـ <u>التوظيف و التعيين :</u> التوظيف داخل المستشفى يخضع لعدة مواصفات يمكننا ترتيبها كما جاءت في المادة 31 من الباب الأول للمرسوم أعلاه.

- الجنسية الجزائرية.
- الحيازة على كل حقوقه المدنية
- الحيازة على كل المؤهلات التي يستلزمها المنصب.
- عدم تعدي شروط العمر المطلوبة.
- توضيح وضعيته تجاه الخدمة الوطنية.

في بعض الإستثناءات بالنسبة خصوصا للجنسية فهناك أحكام خاصة تقرر أنه في حالة اكتساب الجنسية بعد قرار إداري فإنه يشترط الأقدمية لكي يتمكن المترشح لأي منصب.

التوظيف يجرى بطريقة أو بعدة طرق:

. مسابقة امتحانية Concours sur épreuves.

. مسابقة تأهيلية Concours sur titre.

. امتحان أو اختبار مهني.

. عن طريق الإختبار، من ضمن القائمة المقبولة من طرف لجنة المستخدمين، والمكونة من مستخدمين يبررون خبرة مهنية كافية.

. التوظيف المباشر، كخريجي المدرسة الوطنية للإدارة.

المترشحون الذين تتوفر فيهم كل الشروط المذكورة آنفا يوظفون كمتربصين. وثيقة التشغيل المقررة في المادة 56 من القانون رقم 12- 78 لـ 5 أوت 1978 تصدر تحت شكل قرار توظيف، هذا القرار يوضح فيه مركز العمل، المنصب فئته و صنفه، الأجر و أخيرا المصلحة المبعوث إليها.

قرارات التوظيف تخضع لتأشيرة الوظيف العمومي، الذي يتوجب عليه الإجابة على الملف المقدم منمصالح المستخدمين.

المتربصون يخضعون إلى تجربة و إختيار، بعد هذه الفترة التي يمكن تجديدها، هناك حالة الترسيم أو الإنقاص من الرتبة أو الفصل مع إشعار خمسة عشر (15) من قبل، فصل المتربص لا تمنحه الحق في أي منحة.
يحدث الترسيم وفق المادة 58 للقانون رقم 12- 78 لـ 5 أوت 1978، حيث تحضر قائمة القبول للعمل من طرف لجنة سواء بعد تقرير المسؤول المباشر أو نيتجة للإختبارات و الإمتحانات المهنية.

تكوين لجان الترسيم و كيفياته تحدد وفق قوانين خاصة، هذه اللجان تتكون من عدد متساوي من منتخبي العمال و ممثلي الإدارة، و عند القبول النهائي يقرر الترسيم النهائي بقرار من الهيئة المكلفة بالتعيين.

بالإضافة إلى هذا، هناك المستخدمين المتعاقدين، الذين يزاولون عملهم بصفة تعاقدية، و تحت شكل عقود تمضي لفترة زمنية قابلة للتمديد و للإلغاء و هذا حسب الأولوية. يتقاضى المتعاقدون أجرة محسوبة على أساس النقطة الإستدلالية المحددة في الفئة الأولى من صنف مركز العمل المشغول.
كل هذه الأحكام الخاصة بالمتعاقدين جاءت في قرار وزاري مشترك الذي يقدم تقسيم مناصب العمل، التشغيل و الأجهزة المقابلة لجهاز المستخدمين المنشأ في ديسمبر 1984، و المشتركة للهيئات و الإدارات العمومية.

- التكوين و الترقية:

تطبيقا للمادة 172 من القانون رقم 78- 12 لـ 5 أوت 1978، يتعين على المستشفى ضمان حملة تكوين و تحسين و رسكلة من أجل تطوير مستمر لمؤهلات المستخدمين و هذا تماشيا مع متطلبات التقدم.

إلى جانب هذا على الإدارة واجب ضمان ترقية المستخدمين الذين يبذلون جهود في التكوين و التطور.

لقد عرفت عملية التكوين داخل المستشفيات قفزة كمية و نوعية، حيث أقيمت لهذا الغرض عدة مدارس و ورشات قصد وضع المستخدمين في الصورة، خاصة و أن القطاع الصحي يعرف تموجات و تغييرات متتالية و هذا على كل المستويات.

و على سبيل المثال و لا على سبيل الحصر، أنشأت لهذا الغرض مدارس للتكوين الشبه الطبي المتواصل، و مدرسة لإطارات الصحة العمومية، و معاهد للنظافة و الصيانة خاصة بالعمال المهنيون (OP).

- الأجرة:

يتقاضى المستخدم أجر رئيسي، زيادة على المنح و التعويضات المقررة قانونا و هذا طبقا للمادة 68 من المرسوم 85- 03 لـ 5 جانفي 1985.

الأجور الأساسية لعمال المستشفيات محددة وفق العشرين صنف (20) المقررة في القانون الحالي. الصنف من (1) إلى (9) يتكونون من (3) فئات، و الأصناف من (10) إلى (13) يتكونون من (4) فئات و أخيرا الأصناف من (14) إلى (20) فيتكونون من خمسة (05) فئات.

كل فئة تتكون من نقطة إستدلالية وسطى و عشرة (10) درجات إستدلالية الموافقة و المرافقة لكل تقديم الناتج عن الأقدمية.

إلى جانب المنح و التعويضات التي يستفيد منها المستخدم في المستشفى، هناك عملية خصم تقع على مستوى المرتب الشهري الخام، و تتمثل في مساهمة في صندوق الضمان الإجتماعي و التقاعد و الضريبة على الأجور.

إن جمع المعلومات التي لها علاقة مع تكوين الأجرة أمست مهمة دقيقة و شاقة، و على مصلحة الأجرة التحكم في زمام الأمور القانونية و محاولة تفادي قدر الإمكان أي خطأ من شأنه الإضرار بأي مستخدم.

الإنضباط:

تطبق على مستخدمي القطاع الصحي عموما و مستخدمين المستشفيات خصوصا كل القوانين التشريعية و القانونية السارية المفعول، خاصة تلك المقررة في المواد 61 إلى 76 من المرسوم رقم 82- 302 لـ 11 سبتمبر 1982 الخاصة بالأخطاء المهنية و العقوبات الناجمة عنها.

العقوبات التي يحتمل إتخاذها ضد المستخدمين غير المنضبطين مقسمة، حسب خطورة الخطأ المقترف:

⊖ الدرجة الأولى:
- الإنذار الشفاهي.
- الإنذار الكتابي.
- التوبيخ.
- الإنفاق 1 إلى 3 أيام.

⊖ الدرجة الثانية:
- الإيقاف 4 إلى 8 أيام.
- المحو من جدول الترقيات (Avancement).

⊖ الدرجة الثالثة:
- التحويل الإلزامي (Doffice).
- إنزال الرتبة.
- الفصل مع الإشعار و تعويض.
- الفصل بلا إشعار أو تعويض.

العقوبات من الدرجة الأولى يمكن إتخاذها بدون إستشارة لجنة المستخدمين، أما العقوبات من الدرجة الثانية تؤخذ بقرار من السلطة صاحبة قوة التعيين، المستخدم المعاقب يمكن له في غضون الشهر اللجوء إلى لجنة المستخدمين التي تبدي رأيها.

أما العقوبات من الدرجة الثالثة تؤخذ بقرار من السلطة صاحبة قوة التعيين بعد إستشارة لجنة المستخدمين، هذه العقوبات يمكن إرجاعها (Porté) أمام لجنة الطعن.

⊖ الترقية (التقديم):

إن الترقية إلى درجة أعلى محددة حسب ثلاثة مراحل 4،4 و 2 مستخدم على 10، طبقا للجدول أسفله، الترقية تتم عندما يجمع المستخدم السنة المحددة الأقدمية اللازمة.

الترقية	فترة أدنى	فترة متوسطة	فترة قصوى
درجة أولى	3	3	3
1 إلى درجة 2	2	3	3 سنوات 6 أشهر
. . . 9 إلى درجة 10	3	3	4 سنوات.

زيادة على الأقدمية، ترقية أو تقديم المستخدم يخضع إلى معدل النقاط السنوية التي تعطى خلال الفترة المحددة إضافة إلى الملاحظة العامة من طرف مصلحة ذات سلطة التنقيط.

النقطة السنوية تتراوح ما بين 0 و 10، و تأخذ بعين الإعتبار قدرات المستخدم، معلوماته، مردوديته المهنية و تصرفات داخل المصلحة.

⊖ انقطاع أو انتهاء الحياة المهنية:

كما هو مقرر في محتويات المادة 92 من القانون رقم 78- 12 لـ 5 أوت 1978، و كما جاء في القانون رقم 82- 06 لـ 27 فبراير 1982 المتعلقة

بالعلاقات الشخصية للعمل: الإستقالة حق معترف به لكل مستخدم يريد فض علاقته مع المستشفى.

الإستقالة لا تكون لازمة و سارية المفعول إلا إذا قوبلت من الإدارة أولا ثم من طرف السلطة صاحبة قوة التعيين ثانيا، التي يجب عليها الفصل في الأمر في أجل أقصاه (03) ثلاثة أشهر من يوم وضع الإستقالة.
زيادة على الإستقالة هناك أوجه أخرى لانتهاء الحياة المهنية، مثل الفصل بسبب إلغاء مناصب شغل أو بسبب قلة المردودية و ضعف في أداء المهمة: أو بعد فصل بسبب خطأ مهني خطير. و أخذ وجه هو الإحالة على التقاعد، و في هذه الحالة يتلقى المستخدم منحة من طرف الصندوق الوطني للتقاعد.

هناك حالات أين يحدث فيها انقطاع مؤقت للعمل يمكننا تحديدها فيما يلي:
- المستخدمون الذين يستدعون لأداء الخدمة الوطنية يوضعون في حالة إستيداع ويعاد إدماجهم فور رجوعهم، و يحتفظ بحقه في الترقية إلى درجات أعلى.
- انتداب (Détaché) و في هذه الحالة يحفظ بحقه في التقاعد و الترقية، وهذا وفقا للمادة 63 و 64 من القانون رقم 78- 12 لـ 5 أوت 1978 و المواد 37 إلى 50 من القانون رقم 82- 06 لـ 7 فبراير 1982 المتعلق بالعلاقات الشخصية للعمل.
- حالة إستيداع و في هذه الحالة يفقد المستخدم في المستشفى حقه في الترقية والتقاعد، و على المسؤول الأول في المستشفى أن لا يتعدى 5٪ من عدد العمال داخل المستشفى.

من خلال كل ما سبق نلاحظ خطورة الدور الذي تلعبه مصلحة المستخدمين حيث يجب عليها مسايرة الحياة المهنية لكل مستخدم بالتدقيق، و هي بهذا تصبح مركز جمع للمعلومات و تصفيتها و ترتيبها، و نظرا لكثرة المعلومات أدخل الإعلام الآلي لتسهيل تسيير المستخدمين و التحكم في ملفاتهم المهنية.

رغم كل هذا فإنه و بفضل قوانين و مراسيم الوظيف العمومي فإنه قلما تترك نقطة غموض، حيث هناك قوانين عامة لتسيير الحياة المهنية لكل مستخدم بالمستشفى مما يسهل من مهمة المسير في هذا الإطار.

إدارة المستخدمين تشكو يوميا من مشاكل و عراقيل مزدوجة المصدر: فمن جهة هناك الجانب القانوني ، و رغم العمل الهائل في المجال التشريعي ، إلا أنه أصبح يسجل تأخرا أمام التقدم الكبير الذي يعرفه المستشفى تقنيا و هيكليا ، و من جهة أخرى أفرزت الممارسة الميدانية تصرفات سلبية، و أمام صميت الوصاية أصبحت راسخة مما نتج عنه انكسارات في تسيير علاقات العمل ، و من خلاله في نوعية الخدمات المقدمة من طرف المستشفى.

إن مسايرة ميدانية للقوانين و الأحكام التشريعية المسيرة للإدارة الإستشفائية يسمح لنا بالوقوف على عدة ثغرات و نقائص تؤثر و بدرجات متفاوتة على السير الحسن للمؤسسة. في هذا الإطار لنا أن نتساءل أين هو الوظيف العمومي في كل هذا ؟؟ لماذا هذا الجمود و الركود في فترة تشهد تغيرات إقتصادية و سياسية جذرية ؟؟

كل هذه الأسئلة مبررة، حيث لا يعقل أن توضع قوانين ينتج عنها تساوي المدير و العامل المهني خارج الصنف و الشبه طبي في المرتب، و قد يتراجع مرتب المدير أمام المخدر (anésthesiste) و أمام مسؤول المطعم*.

المنطق الذي يقنن به الوظيف العمومي مناصب مستخدمي الادارة العامة جعل هؤلاء و أمام التلاعب في حياتهم المهنية يعملون بروح سلبية ، و هذا ما ينعكس سلبا على مردودية و فعالية دورهم الاداري . خاصة اذا علمنا أن الفئات الأخرى داخل المستشفى (الأطباء الجامعيين، الأطباء ، شبه الطبيين) فتحت أمامهم امكانيات تحسين و ترقية مركزهم المهني .

هذا التعامل بمكيالين خلق علاقات صراع داخل مختلف مراكز النشاط، هذا الصراع اشتدت قوته خاصة بين المدير و جهاز الأطباء الجامعيين، الذين أصبحوا يطالبون بتغيير مركز القرار من الإدارة إلى مصالحهم الاستشفائية، و هم بهذا

---

* أنظر القانون الخاص 225/ 89 للوظيف العمومي .

يريدون الاستحواذ على سلطة التخطيط، و التنظيم و التسيير و ترك الجانب البيروقراطي إلى الإداريين، هذا المطلب غريب جدا لأن التكوين العلمي لهؤلاء الأساتذة لا يسمح لهم و لا يمكنهم من ملء استمارة أجرة عادية، فما بالك بالتحكم في جهاز إداري متنوع و متشعب كذلك الذي هو متواجد في المستشفى.

حركة العمال تعاني أيضا من هذا النقص القانوني، فعلى مستوى العطل المرضية لم يواكب المشرع الركب حيث ما زال العديد من المستخدمين يقدمون شهادات طبية عقلية و ينالون بهذا 100٪ من مرتبهم الشهري.

و الطريف في الأمر أن مثل هذه الشهادات تمنح من طرف أطباء خواص بسهولة ، و لا يخضع مقدموها الى فحص إضافي على مستوى صندوق الضمان الاجتماعي. لهذا يجب إعادة نظر عميقة في قانون العطل المرضية، خاصة بعد أن أثبت التطبيق الميداني لهذه القوانين عدة نقائص حتى وصل ببعض المستخدمين تقديم شهادات طبية عقلية و بهذا ضمان مرتب شهري كامل، و مزاولة أعمال عدة، و الخاسر الوحيد هو المريض أولا، المستشفى ثانيا، و الدولة أخيرا.

- التوظيف

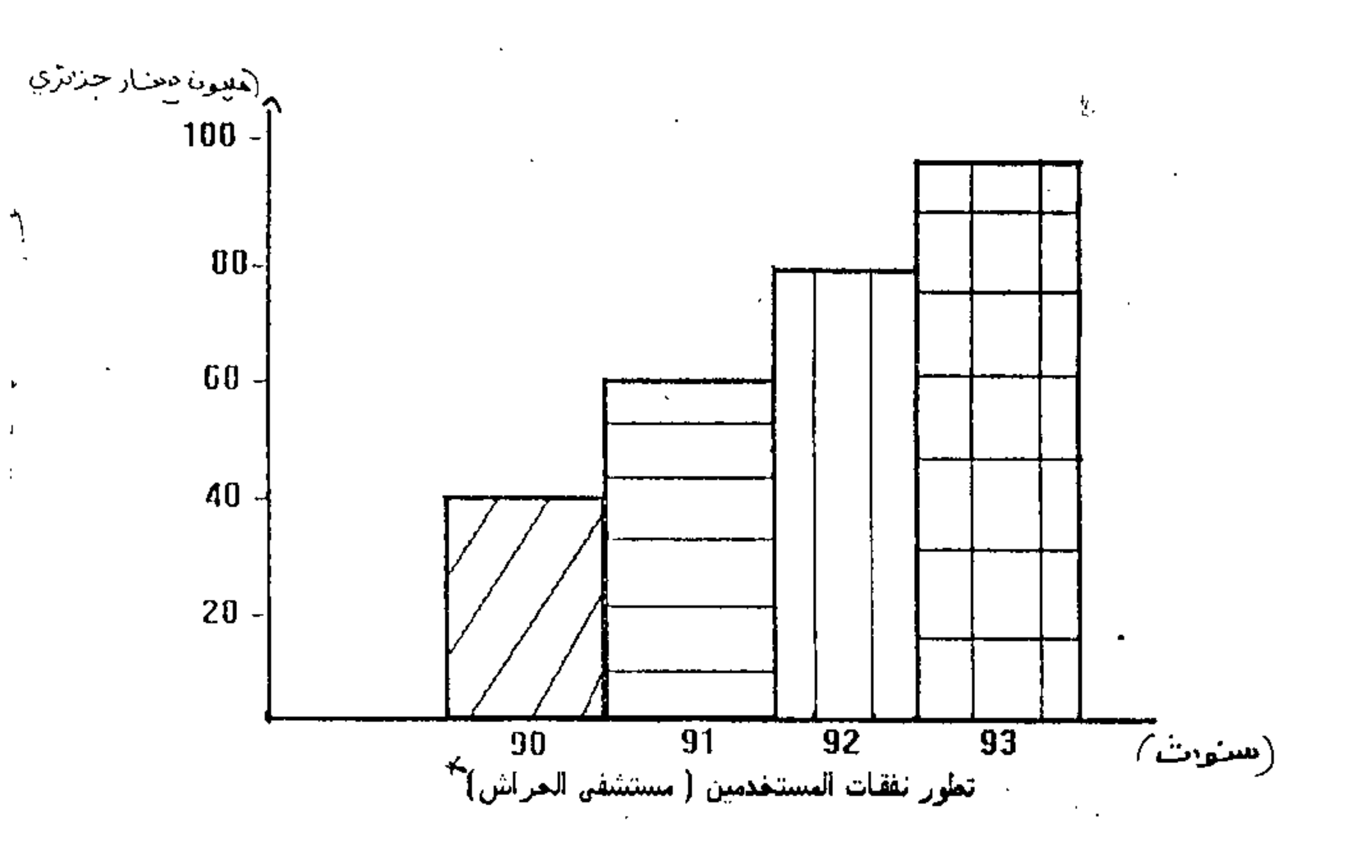
عملية التوظيف أصبحت تمارس بطريقة غير مدروسة، و الترجمة واضحة على مستوى الميزانية، حيث بلغت نفقات المستخدمين 70٪ من الميزانية العامة للقطاع الصحي. نسبة تدعونا الى الاستفهام، خاصة أننا في قطاع يعتبر المريض و شفاؤه السبب الرئيسي في وجوده.

و إذا أخذنا كمثال ميداني في حالة مستشفى حسن بادي:



93	الفئة
	-الاستشفائيين
04	الجامعيين
41	- الأطباء
41	- المقيمين
02	- الصيادلة
318	- شبه طبيين
35	- اداريين
306	- تقنيي المصالح
708	

جدول خاص بتعداد و تقسيم مستخدمي المستشفى*



تطور نفقات المستخدمين (مستشفى الحراش)*

* المصدر : حوصلة النشاط السنوي لمستشفى الحراش 1993

نلاحظ أن حجم النفقات المخصصة للمستخدمين في تزايد مستمر ، كما نستشفه من هذا الشكل ، و ما يلاحظ أن من بين مجموع مستخدمي المستشفى البالغ 708، هناك مايقارب 306 مستخدم ينتمي الى فئة (مستخدمي المساعدة Personnel de soutien) ، و هي فئة مكونة من الاداريين و أعوان المصالح ، و مستخدمي المصالح العامة و الورشات، و هذه نسبة كبيرة جدا ، خاصة اذا علمنا أن الحجم التقني و الجغرافي للمستشفى متواضع جدا.

التكوين

يعتبر التكوين قاعدة لعملية انتاج مستخدمي الصحة. يجب أن يكون نوعيا (مستوى التأهيل) و كميا لا حتياجات هذا القطاع.

- تكوين المستخدمين الطبيين:

رغم النقص الكبير الذي كانت تعاني منه المنظومة الصحية الجزائرية ، إلا أن عملية التكوين تجاوزت كل الطموحات المرجوة على المستوى الكمي.

- في 1989: 1 طبيب لكل 1124 ساكن.
1 جراح أسنا لكل 3595 ساكن.
1 صيدلي لكل 11553 ساكن.
ثلاثين ألف، هم قيد التكوين.*

إذا كانت هذه النسب تجعل من الجزائر في مصف الدول المتقدمة كميا، إلا أنه يمكننا تسجيل عدة نقائص على مستوى التكوين أولا، و على مستوى استغلال المستخدمين المكونين ثانيا.

نسجل في السنوات الأخيرة:

- تراجع كبير في نوعية التكوين.
- التباعد و الفرق الكبير بين عدد الأطباء العامون و المختصون، و نقص في المختصين الأساسيين(Specialistes de base)، الطب الداخلي، الجراحة، التوليد (Gynecologie obstetrique)، طب الأطفال، الطب العقلي، طب العيون، طب الأذن و الأنف و الحنجرة (O.R.L).
- التقسيم غير العادل لهذه الفئة زاد من حدة هذا النقص في الاختصاصيين.

---

* "ماضي و مستقبل النظام الصحي الجزائري". منشورات وزارة الصحة 1990.

-•-تكوين المستخدمين شبه الطبيين:

لم تواكب لا كميا و لا نوعيا مع فئة المستخدمين الطبيين حتى أن العلاقة مستخدمين - طبيين/ مستخدمين - شبه طبيين وصل الى 1/3.*

عملية التكوين كانت عشوائية ، و لم تنسجم مع زيادة الهياكل الصحية ، حتى وصل عدد الممرضين المؤهلين في الأشعة بمستشفى حسان بادي مثلا الى 40 ممرض مؤهل.

-•- تكوين مسيري الصحة:

شبه منعدمة، بالرغم من وجود تخصص مسيري الصحة على مستوى المدرسة الوطنية للادارة. تكوين المتصرفين الاداريين للصحة، يعتبر عائق كبير أمام تطور ناجع و جيد للمستشفى.

من خلال كل ما سبق يستوجب إعادة النظر في استراتيجية التكوين، و هذا بتبني تخطيط جيد على ضوء أهداف كمية و نوعية محددة، و أخذ بعين الاعتبار المعطيات الاقتصادية و الاجتماعية و مؤشرات الصحة الحالية.

تنظيم التكوين:

الوضعية الحالية:

- التكوين الطبي: مضمون من طرف أربعة معاهد I.N.E.S.S.M.
مختلفة الأحجام: الجزائر، وهران، قسنطينة، عنابة.
- التكوين شبه الطبي: مضمون من طرف وزارة الصحة.
- تكوين مسيري الصحة: غياب معطيات رسمية عن هذه الشريحة. تطوير التكوين في هذا الاتجاه جديدة العهد. هناك مدرسة وطنية للصحة العمومية تشتغل منذ اكتوبر 1988.

يجب أن تكون هناك تقاليد عمل منظمة بين المستشفيات و المعاهد.

تكوين الأطباء قاعديا،و بين وزارتي الصحة و التربية و التعليم على المستوى العالي ، و يرجى من هذا العمل المشترك تحديد سياسة للتكوين الطبي (الكم ، النوع ، التخصص .. الخ) بما يخدم المردود الجيد و الحسن داخل المستشفيات.

---

* حوصلة النشاط السنوي 1993. مستشفى الحروش.

و في هذا الاتجاه حللت البرامج و الأهداف مرحليا من خلال عدة لقاءات (ورشات عمل، محاضرات..الخ)، و نتج عن هذا تشخيص نقاط ضعف عديدة ومهمة.

في المؤسسات الاستشفائية، أين تنظم نشاطات في تكوين مستخدمي الصحة (طبيين و شبه طبيين)-ميزانية اضافية للتكوين، يجب أن تمنح على أساس أهداف التكوين (عدد المتخرجين سنويا).

وزارة الصحة العمومية مدعوة الآن الى التكثيف من عملية التكوين للمستخدمين المسيرين للمستشفيات كميا و نوعيا. و في هذا الاطار يجب الاستعانة بكل الأطراف المختصة لملء و بسرعة هذا العجز .

التكوين المتواصل يجب أن يطور و على كل المستويات للسماح بتحسين أو إعادة توجيه المستخدمين خلال حياتهم المهنية. كل الصيغ الممكنة يجب أن يؤخذ بها لتحسين مستوى التأهيل و التقدم في الحياة المهنية لمستخدمي المستشفيات.

و عندما نعلم أن 70٪ الى 80٪ من الميزانية مخصصة لتغطية الأجور ، نقول أنه من الضروري العمل على عقلنة استغلال العمال مما يسمح بتقليص النفقات في هذا العنوان.

قبل غلق ملف ادارة المستخدمين ، نرى أنه من الضروري ادخال اصلاحات على مستوى الحياة المهنية لمستخدمي المستشفيات عامة ، و الاداريين خاصة. هذه الاصلاحات تستلزم تعبئة كل الموارد البشرية، لأن الحجم الانساني للاصلاحات هو الضمان الكبير لنجاحها . في هذا الاطار يجب الحصول على انضمام كل المستخدمين داخل المستشفيات من خلال قوانين للحياة المهنية محفزة. حيث لا يعقل أن نطالب مستخدمي المستشفيات ببذل المجهودات اللازمة لتحسين نوعية الخدمات المقدمة للمرضى بدون توفير حد أدنى يضمن عيشا محترما ، يشجع على روح المبادرة و العمل الخلاق.

الفصل الثالث

تسيير المصالح الاقتصادية

1 ـ المقتصدة

2 ـ الأسواق الاستشفائية: أشكالها و أحكامها

3 ـ نقائص و عيوب

الفصل الثالث: تسيير المصالح الإقتصادية

من أجل وضع مدونة للعمليات الإقتصادية تسمح باستنتاج النتائج و تمكن من إقامة مراقبة مستمرة للوضعية الإقتصادية للمستشفى، قام المشرع بإمضاء مرسوم لـ 31 أكتوبر 1821 circulaire لـ 8 فبراير 1823 يحدد صلاحيات محاسبي ــ المواد، و هو بهذا وضع شهادة ميلاد للمقتصدين أو في المفهوم العسكري اللوجيستك. هذه النصوص التنظيمية لم تعرف تطبيقا في الجزائر إلا في الأول من جويلية 1900 و هذا بعد المرسوم السابع من مارس 1900، مع تطور النصوص، أحكام جديدة ظهرت تبعا لمرسوم 29 نوفمبر 1891 التي لأصبحت لازمة التنفيذ بقرار 20 نوفمبر 1936 و تُخْضِعْ محاسبة المقتصدين إلى قوانين جديدة.

بعد الإستقلال و إعتبارا أن النصوص المسيرة تعود إلى تقريبا قرن و هي بهذا نتاج الإدارة الإستعمارية، ظهر الأمر رقم 7329 لـ 5 جويلية 1973 القاضي بإلغاء جميع النصوص بداية من واحد جويلية 1975.

لكن لم يتبع هذه الخطوة أية أحكام جديدة تنظم و تقنن الإدارة الإستشفائية، و لهذا بقت نصوص التاسع سبتمبر 1899 هي المرجع و المرشد للمقتصد.

1- المقتصدة هي المصلحة المسؤولة عن الحياة الإقتصادية داخل المستشفى، حيث تتكفل بكل أنوع التموينات الخاصة لكل المصالح: الصيانة، المطبخ، حظيرة السيارات، الصيدلية، المصالح الإستشفائية.

كل ما يوجد في المستشفى يجب أن يحسب، يجرد، كل إحتياج يجب أن يطلب، كل الاستهلاكات يجب أن تلاحظ، حتى الضياع و التلف و الإنكسار.

على رأس هذه المصالح هناك المقتصد الذي هو المسؤول الأول و الفعلي للحياة الإقتصادية للمستشفى، يهتم: ــ بكل منقولات المؤسسة (immobilier)

- تسيير المخازن: أي الحصول، تخزين و الحفاظ على الخيرات المنقولة.
- التوزيع المحكم لهذه المواد على المصالح.
- تدوين وإعطاء تقارير عن هذه العمليات.
- بيع كل المواد مثل منتوج العمل الداخلي، بالاضافة إلى الأشياء التالفة.

المقتصـــدة

المقتصـــد

الأمـــانة

مصلحـــة الفواتـير Facturation	المخزن	الصرف	الجـرد
تهتم بكل ما هو محاسبي داخل المستشفى حيث تسلم الفواتير و الطلبيات و تقوم بمختلف التسجيلات القانونية	يتولـى مهمة تخزين تجهيزات المكاتب و مواد أخرى متنوعة ما عدا مواد التنظيف و الأكـل	و تتكفل بكل ما هو أكل و مواد تنظيف	مهمتـه جـرد كل مـا هو منقول داخـل المستشفى ما عدا المستهلك

المقتصد هو الوحيد الذي لديه مفاتيح المخازن، التي لا يمكن لأي كان دخولها بدون رخصة، أي مادة أو سلعة لا يسمح بدخولها أو خروجها بدون موافقته.

من هنا نتأكد مسؤولية المقتصد التي هي كاملة و مطلقة، مزاولة مهام المقتصد تتم تحت رقابة المدير.

منهجية دراستنا تتجانس مع أحكام مرسوم 1899، التي و كما سبق و أن قلنا هو المرشد و المرجع في تسير المؤسسات الصحية:

أ- اشتغال محاسبة - المواد.

ب- محاسبة المخازن - تسير المخزون.

ج- الجرد.

د- الامتلاكات و أساليب التلف. réforme.

هـ- التنازلات . Succession hospitaliére.

أ- اشتغال محاسبة - المواد.

تعتبر محاسبة المواد من أهم مهام المقتصد، و أصبحت إلزامية داخل المؤسسات الصحية.

في عملنا هذا قمنا بمقاربة هذه المحاسبة على قسمين:

- محاسبة المخازن (محاسبة محلات (Magazin)، dépense، و الصيدلية).
- تسيير المخازن (مخزون أعلى، مخزون أدنى).

ب) محاسبة المخزون.

حركة محاسبة المخزون أوجبت تسجيل زمني على مختلف السجلات التي نوردها فيما يلي:

- جريدة المداخيل: لملاحظة المداخيل.
- الجريدة العامة أو الكتاب الجريدة: لتسجيل المداخيل و النفقات.
- الكتاب الكبير: بوضع حساب خاص لكل مادة.

هذه السجلات مرقمين و ممضيين من طرف الآمر.

-) أهمية هذه السجلات:

سجل المداخيل، مستعمل لملاحظة المداخيل. و نظرا لتمازج مهمته مع السجل اليومي فإنه أصبح تقريبا مهملا من طرف المقتصدين، و عوض بمراسيل يومية من المخازن.

يتولى الكتاب الجريدة تسجيل يومي للمداخيل و النفقات اعتمادا على وثائق مبررة.

الكتاب الكبير: هذا السجل يحتوي على حسابات مفتوحة لكل طبيعة المواد أو الخيرات طبقا للتسجيل المحرر في الجريدة العامة.

و نظرا لكثرة المواد، هذا الكتاب أصبح لم يبق التدوين عليه يخضع لهذه المعايير. حيث أصبحت المواد الغذائية تحوز على حساب خاص، Les autre matiere sont reprises par nature d'inputation Budgeteine.

) محاسبة الصيدلية:

الصيدلي أو الشخص الموكلة إليه مهمة تنظيم الصيدلية يسجل في دفاتره كل دخول أو خروج للأدوية، الدخول يتم وفق الطلبيات المقدمة من طرف مكاتب المقتصدة بعد تسجيل المواد فوق سجل الدخل، أما الخروج فيتم وفق سجل الفحوصات لكل مصلحة إستشفائية، و استثنائيا بعد تقديم وصفات طبية خاصة من طرف الأطباء.

زيادة على التسيير الجيد للسجلات هناك حساب شهري للعمليات المنفذة يقدم إلى الآمر، هذا في حالة وجود صيدلي في المستشفى، أما في حالة تولي شخص آخر مهمة تسيير الصيدلية فإن هذا الحساب يقدم إلى المقتصد. الحساب السنوي للعمليات مع وثيقة عملية التفقد يجب أن يرفق إلى محاسبة حساب المواد و يقدم للمقتصد كوثيقة

) حساب تسيير المواد Compte de gestion matiere.

هذه الوثيقة تعكس لنا النتائج المقدمة من طرف الكتاب العام و الكتاب الكبير، أي حركة دخول و خروج المواد و الأشياء المنقولة. التسيير يشمل كل العمليات المنفذة من 1 جانفي إلى 31 ديسمبر من نفس السنة.

في حالة تغيير المقتصد خلال السنة، قانونيا يجب تقديم حسابات بعدد التسيير في السنة.

يجب أن يتضمن بالنسبة لكل مادة:

- الكميات الموجودة إلى 1 جانفي، كميات مساوية للباقي في المخزن من التسيير السابق.
- الكميات الواردة خلال السنة.
- الكميات الصادرة خلال السنة.
- الكميات المتبقية في المخزن إلى اليوم الآخر من السنة.
- المقدار الرقمي (numeraire) للكميات المشتراة خلال السنة.
- التقدير الرقمي للكميات المحصلة أو المستقبلة بأي صفة كانت.

ج - الجرد الخماسي:

يقام بعينة جرد عام وصفي و تقديري للمواد المنقولة الموجودة داخل المؤسسة. هذا الجرد يكون في الأشهر الثلاثة من السنة السادسة، و ينفذ من طرف محاسب، فحضور لجنة خاصة معينة من طرف إدارة المؤسسة.

سجل الجرد يجب أن يحتوي على كل المواد المنقولة، حتى الحيوانات ما عدا المستهلك (Consommable).

) المواد المستهلكة: و هي التي لا يمكن استهلاكها مرة واحدة مثل: الورق، البنزين، المحروقات، مواد المخبر، مواد صيدلانية، مواد التنظيف و الأكل إلخ...

) المواد التي تجرد: كل المواد التي لا تخضع للمواصفات السالفة الذكر يجب أن تجرد (inventorié)، إلا تلك التي قيمتها الشرائية لا تتعدى 1000دج للوحدة الواحدة.

) سجل الجرد:

هذا السجل يجب أن يكون مرقم و ممضى، و يحتوي على عدة خانات مهيأة لاستقبال رقم التسجيل، تاريخ التسجيل في الجرد، الشيء المحسوب (inventorié)، قيمة الشراء و ملاحظة للخروج من الجرد. هذا الخروج لا يمكن أن يكون إلا في حالة ضياع أو سرقة أو فساد، أو بعد التقرير بعدم صلاحه للإستعمال.

2- الأسواق الإستشفائية:

هناك عدة شروط يجب أن تتوفر في نشاط المقتصد منه الشراء:

-) عملية الشراء لا تباشر إلا إذا كانت عناصر النوعية، السعر و مهلة التسليم محددة بوضوح.

-) يجب على المقتصد الإلمام بمجمل أسعار البضائع في مختلف الأسواق.

-) يفضل أن تتم هذه العمليات بدون وسطاء، أي بالجملة و يستحسن أن تكون من المنتج مباشرة.

-) يجب أن يضطلع المقتصد على وضعية المخازن بالمستشفى قبل أن تصرف.

أ- أشكال الأسواق:

عندما يقرر المقتصد شراء أي شيء، تقوم مصلحة المشتريات بتحديد المورد الذي تتوفر فيه السرعة في التسليم و العقلانية في الأسعار، و الجودة في المنتوج.

يمكن للمستشفى في حالة حاجته إلى مورد ما أن يختار شكل معين من الأسواق و هذا طبعا في حدود ما تسمح به القوانين المعمول بها.

القوانين العامة التي تسير الأسواق حددت بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 91. 434 بتاريخ 9 / 11 / 1991 و قد عدد هذا المرسوم مختلف أشكال الأسواق و آليات إشتغالها. يمكننا إيجازها فيما يلي:

- المناقصة العلنية: هذا الشكل من الأسواق يخضع لقوانين معينة و محددة. حيث هناك مكتب يكون "مكتب مناقصة"، و يكون مرؤوس من طرف رئيس عادة ما يكون مدير المؤسسة و يتكون من عضوين من مجلس الإدارة، القابض و مختصين يحضرون في الجلسة بصوت إستشاري.

بالاضافة إلى هذا يحتوي هذا المكتب على أمين (Scretaire) عادة ما يكون المقتصد.

تفتح الجلسة بعملية إقصائية للمترشحين الذين لا تتوفر فيهم الشروط التقنية و الشرعية، (Legal) للمناقصة، بعد هذا تبدأ مرحلة فتح الأظرفة و الظرف الفائز يعلن صاحبه مناقص مؤقت حتى تؤكده دراسة تقنية دقيقة للمشروع.

ـ المناقصة الجزئية: عندما يشعر المعنيون أن عملية المناقصة العلنية لا يمكن أن تكون بدون مشاكل. فإن المكتب في هذه الحالة يقوم باعتماد أسماء المترشحين المقبولين مباشرة و بدون رجعة، أما البقية فتتم كسابقته.

gré a gré: المستشفى يمكنه أن يلجأ إلى هذا النوع من الأسواق في كل مرة يرى فيها أفضلية المؤسسة في الظروف الآتية:

ـ عندما لا يمكن تنفيذ الخدمات إلا من طرف يكون سواء في وضعية إحتكارية في السوق أو يتحكم في المناهج التكنولوجية اللازمة بالنسبة للمنتوج.

المسابقة: السعر لا يمكن أن يكون المعيار الوحيد الناجع، لهذا يمكن للمستشفى أن يلتجأ إلى سوق مسابقة (Marché Concour)، و في هذا الوضع يتحول مكتب المناقصة إلى لجنة (Jury) و هذا بعد إضافة أخصائيين معتمدين (من طرف الوصاية) و يؤخذ بالإقتراح الأفضل في جلسة غير علنية، المستشفيات الأكثر من 1000 سرير يمكن أن تلجأ إلى هذا الإجراء بدون موافقة الوصاية. (Appel d'offre)

الشراء بالتراضي: الشراء بالتراضي أو الإتفاق الشفوي يتم في حالة بساطة البضاعة المشتراة و التي لا يجب أن تتعدى 150.000 دينار بالقرار الوزاري المشترك لـ 24 ـ 6 ـ 1971 و المعدل إلى 200.000 دج طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 91 ـ 434 لـ 9 / 11 / 1991 المتضمن قانون الأسواق العمومية، و قد التجأ إلى خذا النوع من الأسواق نظرا للحيز الزماني المعتبر الذي تتطلبه الإجراءات السابقة الذكر.

و يمكننا وضع في هذه الخانة شراء المواد الغذائية و بعض اللوازم ذات الأهمية القصوى التي تسمح للمستشفى و بصفة استثنائية عدم اللجوء إلى أنواع أخرى من المشتريات و الأسواق و هي:

ـ المواد الغذائية.

ـ المواد الصيدلانية.

ـ العتاد الطبي.

ب. تنفيذ الأسواق:

الطلبية Bon de commonde: الطلبية تتم في ثلاث نسخ (نسخة للمقتصد نسخة للمورد و نسخة للمخزن). ورقة الطلبية تسحب من دفتر خاص و يجب: أن ترقم لكي يسهلالتعرف عليها، أن تحمل إسم المورد، تاريخ الطلبية و تاريخ التسليم المطلوب، و توضيح الطلب، و أخيرا يجب أن يمضى من طرف المقتصد.

و هناك ترتيبات تنتهج لكي يسهل التحكم في الأمور الإقتصادية و بسرعة و خاصة في نهاية تطبيق الميزانية و يتمثل في الترتيب الآتي :

- الطلبيات غير المستوفاة .
- الطلبيات المستوفاة جزئيا.
- الطلبيات بدون فواتير non facturé.
- الطلبيات المستوفاة .

- استلام البضاعة

كل بضاعة مشتراة و موجهة للمخزن يجب أن تستلم قبل أن ترتب نهائيا. يجب إذا على المستلم أن يتأكد جيدا من المواد المسلمة من الموردون و تطابق هذه الأخيرة مع الطلبية من الناحيتين الكمية و النوعية.

في بعض الأحيان المقتصد يجد نفسه مرغم على استلام البضاعة شخصيا خصوصا تلك التى ستخزن لمدة طويلة.

عملية الاستلام يجب أن تتموحر حول:

- تطابق البضاعة: يجب التاكد من تجانس المواد الموردة من الناحية النوعية.
- تجانس التوريد: حيث يجب فحص كل البضاعة , و عدم الاكتفاء بعينة فقط. و هذا سارى على المشتريات في الحقائب (sacs) في العلب أو الملفوفة، التى يجب أن تخضع لأخذ عينات كثيرة.
- الوزن: يجب التأكد من أن الكميات الموردة مطابقة للكميات في الفاتورة، و هذا تفاديا لأى خطأ محاسبي.

زيادة على هذا يجب أن يلح على وجود وثيقة تسليم (bon de livreson) إما عند المورد، أو ذلك المقطوع من الطلبية (bon de commande).

و عندما يتعلق الأمر ببضائع يمكن أن تكون فيها مواضع للشك، من المستحسن، بل من الواجب، أن تخضع هذه البضائع الى فحوص مخبرية و هذا لإيجاد مواضع التلف في الزبدة أو المصبرات. مصلحة الغش يمكن الإلتجاء إليها لكي تدلي برأيها في بعض المنتوجات.

هذه المخاوف لا يجب أن يفهم منها أن هناك علاقة شك بين المستشفى و المورد، لكن هي عمليات وقائية لتفادي حوادث وخيمة العواقب.

جـ. التخزين:

المخزون المكون من المواد المسلمة يصبح رأسمال هام، و يصبح على مسؤول التخزين وظيفة خلق أحسن الظروف لتخزين جيد للمواد و المنتوجات المسلمة.

هذه الوظيفة كانت من المهام الأولى اللتى أوكلت الى المقتصد، و أي دخول أو خروج يجب أن يكون بعلمه.

من المؤكد أن من عدد المخازن الموجودة بالمستشفى يتقرر جودة التخزين.

و عموما على مستوى كل مؤسسة إستشفائية هناك 5 أنواع من المخازن:

/ مخزن للمواد الغذائية و منتوجات التنظيف و يسمى المصرف (dépense).

/ مخزن أين تخزن ملابس المرضى، العمال، مواد البياضة(lingerie) ،الأغطية إلخ...

/ مخزن للصيدلة للأدوية، التجهيزات الطبية و الجراحية، منتوجات المخابر الخ...

/ مخزن رئيسي أين تخزن أدوات المكاتب، الوراقات ، العتاد التقني، قطع غيار إلخ ...

/ مخزن الورشات أين تخزن للأدوات اللازمة لصيانة العمارات و أدوات المستشفى .

و من الضرورى التكلم عن المخازن الحديدية للمحروقات و التى يجب أن تكون في منطقة الوسائل العامة بجانب المصالح المستفيدة، و على مسار يسمح للشاحنات الخزانة بالتموين العادى و السهل لهذه المخازن.بعد استكمال عملية الإستلام يقوم المسؤول على التخزين بعدة عمليات نوجزها في:

ـ تسجيل على بطاقة المخزون.

ـ تسجيل على الاوراق الجارية(main courante).

- الترتيب حسب التسلسل الأبجدى للبطاقة داخل الدرج.

- الإهتمام اليومى ببطاقة الدرج.

د- الفوترة:

الفاتورة تسلم إلى المقتصد سواء في نفس اليوم الذي تسلم فيه البضاعة، أو أيام بعد ذلك، أو في آخر الشهر و هناك من يقدمها متأخرة بكثير.

تسلم الفاتورة رفقة الطلبية إلى مصلحة الفواتير، و التي كمرحلة أولى تقوم بالتأكد من أن (الطرف) البضاعة المذكورة في الفاتورة دخلت المخازن.

بعد هذا الإجراء المهم جدا، تسجل الفاتورة و بالتفصيل في السجل اليومي lutre journal، و تجدر الإشارة إلى أن الأولوية في التسجيل تكون لفواتير الأكل و مواد التنظيف، حيث يعطى للفاتورة رقم تسلسلي و يعاود تسجيلها في الكتاب الكبير grand livre.

و بعد الإنتهاء من التأشيرات و الإمضاءات تقدم الفاتورة إلى مصلحة الحوالات Mandatement.

على مستوى هذه المصلحة يوقف المبلغ و يحدد عنوان المؤسسة المعنية بالتحويل، و ترقم الحوالة و تسجل في سجل الحوالات، و بعدها تقدم إلى المدير للإمضاء و ترسل إلى قابض الضرائب المختلفة للتسديد.

نقائص و عيوب.

هناك تناقض كبير يعرفه المستشفى، يتمثل في كون أن المستشفى يعاني ضائقات مالية خانقة و الغريب في الأمر أن المصالح الإقتصادية تعرف نزيف كبير وتبذير فظيع و هذا لأسباب متنوعة سنوردها تدريجيا.

من بين هذه الأسباب هو أن التسيير لهذه المصالح مضمون حاليا من طرف مستخدمين عاديين، عادة ما يفتقرون إلى تكوين جيد يسمح لهم بالتحكم في أساليب المحاسبة، مما أفرز عدة ظواهر منها إختفاء بعض السجلات، الكتب، دفاتر و بطاقات التخزين، و إن وجدت فغالبا ما تكون ناقصة.

وثائق الجرد لكل مصلحة لانتطابق مع الواقع، لأن تسيير هذه المصالح أصبح يخضع لاتجاهات و مبادرات مستخدمين عاديين ـ كما سبق و أن قلنا ـ لا يتمتعون بمعارف و معلومات عن أحدث طرق التسيير على المستوى الدولي، لكنهم اكتسبوا خبرة بسيطة من ممارساتهم الطويلة في هذا الميدان.

العيوب التي تشكو منها المصالح الإقتصادية، منها ما هو تنظيمي، و منها ما هو محاسبي.

أولا: العيوب التنظيمية.

جاءت هذه النوعية من العيوب كنتيجة لإفتقار، الجانب التنظيمي إلى الفعالية و الانسجام بين مختلف مكونات المصالح الإقتصادية، و بدرجة أكبر إلى نقص التسيير الإقتصادي إلى عامل الاحتراف و العلمية المبني على التخطيط المحكم و المراقبة المستمرة عند التنفيذ.

هناك تبذير كبير و مؤسف داخل المطاعم، و السبب في ذلك هو غياب نظام محاسبي صارم، فلم يعرف المستشفى الجزائري مثلا محاولة وضع محاسبة خاصة بالمطاعم الاستشفائية، تهدف إلى محاولة التحكم في النفقات اليومية و لما لا التقليل منها، لأن المستشفى أصبح لا يحتمل الإنفاق المتواصل على الجانب الغذائي و الذي يمثل نسبة مهمة في الميزانية العامة السنوية.

الغريب في الأمر هو أن القانون لا يسمح للمستخدمين بتناول الوجبات داخل المؤسسة الإستشفائية مجانا، و لا حتى بمقابل، و لكن من المفروض أن تخصص

فقط لتغذية المرضى بوجبات مدروسة و خاضعة لمراقبة الأستاذ رئيس المصلحة و المقتصد و المدير. لكن بعد إضراب العمال، و أمام ظاهرة الهروب إلى الأمام التي اتسمت بها تلك الفترة، خضع المسؤولون لمطالب العمال و التي لم تكن موضوعية بتاتا، و هكذا و من أجل مشكل وقتي خُلِقَ مشكل عويص. في هذا الاطار مستشفى الحراش و رغم الصعوبات المالية التي يواجهها ، فإن ميزانية التغذية وصلت سنة 1991 الى 800 مليون سنتيم، مبلغ كان من الأنجع صرف جزء منه على جلب معدات طبية جديدة، خاصة اذا علمنا أن عتاد الأشعة في حاجة الى التجديد ، كلف و ما زال يكلف المستشفى أموالا هائلة.

المصالح العامة، كحظيرة السيارات والورشات تعرف ظاهرة تهديم عمدي، فإذا تكلمنا بلغة يفهمها الجميع، نرى أن على مستوى حظيرة السايارات و بعد توريد سيارات إسعاف جديدة تقدر بـ 80 مليون سنتيم للسيارة الواحدة، نسجل و بتأسف كبير تكسير و تهديم يومي لهذه الوسائل التي لها وزن كبير في التدخل السريع عند الحوادث و من ثمة التقليل من نسبة الوفايات، السائقين و هم المتهمين الأولوين يتصرفون هكذا و بدون أي ردع من أي كان.

إذا أردنا أخذ مثال ميداني)نسجل و بعد تحقيق قمنا به في مستشفى حسان بادي بالحراش، و هو مستشفى متخصص في الاستعجالات الجراحية، لاحظنا أن هناك شرذمة من السائقين يتعمدون تعطيل سياراتهم لكي يخلدون إلى الراحة، خاصة إذا علمنا أن قطع الغيار و حتى سيارات أخرى غير متوفرة.

الغريب أن الإدارة عموما لم تقم بوضع قوانين تأديبية و إن وجدت فهي قليلة التنفيذ إلى درجة الإنعدام.

حتى الهاتف أصبح مصدر نزيف، حيث أمست الإتصالات المكثفة و الخارجة عن الإطار المهني تستحوذ على حصة غير بسيطة في الميزانية، حتى أن خط واحد من بين العشر خطوط الهاتفية لأحد المستشفيات* أصبح يكلف شهريا ستة (06) ملايين سنتيم. إنها كارثة.

و لا يمكن التكلم عن التبذير بدون ذكر الصيدلية، خاصة في هذه الفترة الحرجة التي تمر بها البلاد، و التي من بين ماتتميز به هو الندرة القطيعة في المواد الصيدلانية و الأدوية بالخصوص، هذه الأدوية أصبحت توزع بطرق تلقائية و بدون

* مستشفى الحراش.

أي محاسبة أو متابعة، حتى أن كمية الأدوية التي تقدم إلى المستخدمين داخل المستشفى و حتى الخارجين عن المؤسسة تفوق بكثير في نوعيتها تلك التي توزع على المصالح الاستشفائية الداخلية.

و هنا نقول أنه في غياب الضمير المهني، كل شيء يجوز حتى السرقة.

العتاد الطبي:

أ) غياب هياكل التنسيق: على العموم و رغم المجهودات الاستثمارية المسجلة في السنوات الأخيرة، كل المصالح ماعدا البعض القليل، عتيقة و تبقى تشكو من نقص في التجهيز.

من جهة أخرى، و عندما يجلب عتاد جديد، تظهر هناك عدة أخطاء و هفوات نلخصها فيما يلي:

- نقص في التحكم في تسيير هذا العتاد.
- نقص في التخطيط و تقسيم عشوائي و فوضوي.

ب) نقص في التحكم في التسيير:

في هذا الإطار يمكننا تعديد نقاط الضعف المسجلة في هذا الميدان:

- تأخر كبير في تلبية الطلبيات، و قد يحدث أنها لا تلبى إطلاقا. طلبيات التجهيز لا تلبى إلا بعد 2 أو 3 سنوات. بعد هذه الفترة يصبح العتاد المقدم قد تجاوزته عجلة التكنولوجيا.

- عدم وجود مخزن لقطع الغيار، الأمر الذي قل من مردودية هذا العتاد و في بعض الأحيان يعطله كليا.

- غياب أو ندرة دورية في العتاد المستهلك، مثل جهاز الأشعة يتعطل لمدة شهور بسبب غياب الأفلام الخاصة. أو حتى المخابر الإستشفائية التي تتعرض بين الفترة و الأخرى إلى افتقار إلى المتفاعلات الضرورية لمصالحها. (réactif).

بالإضافة إلى الصعوبات التي تقابلها مصالح العلاج من نقص في الحقن و غيرها من بديهيات الأدوات العلاجية.

- نقص في التنسيق، بين المصالح المستعملة و المُوَرِّدْ، تخلق عادة عدم مطابقة الطلبية للعتاد المورد، أو عدم تجانس هذا الأخير مع التجهيز الموجود أصلا.

- مصالح ما بعد البيع و الصيانة غير موجودين بصفة موسعة، حتى أن عند أول عطب يرمى عتاد ثقيل كلف الكثير من العملة الصعبة.

ثانيا: العيوب المحاسبية.

إن العيوب المحاسبية تعتبر من بين الأسباب الرئيسية التي أدت إلى ظهور العيوب التنظيمية، إن لم تكن أولها. كيف هذا ؟؟.

إن الجانب المحاسبي داخل المستشفى يطغى عليه الجانب التبريري والإداري أكثر منه الإقتصادي، حيث نجد أن السجلات الموجودة هنا و هناك يشرف عليها موظفون عاديون مهمتهم الأولى هي التدوين المنظم لكل العمليات فقط، فلا يبحثون عن آليات تقنية تسمح بإقتصاد الموارد المتاحة، و لا يفكرون في كيفية تنظيم المنفعة لهذه الموارد، إن هذه التقنيات إن وجدت فإنها ستمكن من وضع حد لكل هذه الظواهر السلبية التي لا تخدم أحدا حتى مرتبكيها.

المقتصد في المستشفى إختزل دوره إلى درجة أنه أصبح يُبْحَثْ عنه لإمضاء الطلبيات أو الأمور الإدارية الأخرى فقط، أما الأدوار الرئيسية الموكلة إليه، كتنظيم الجهاز المحاسبي بطريقة تجعل من السهل الوقوف على الثغرات و نقاط الإختلال داخل النفقات العامة، أمرا ميسور، فإنها أهملت، حتى أن الحسابات و السجلات الأساسية لم تعد منظمة تنظيما جيدا.

إننا نعيب على المقتصد خصوصا، غياب التقارير المعنوية، و الحسابات التحليلية، و غيرها من الوثائق التي تسمح بالتحكم في الإمكانيات المتاحة، و اقتصاد ما يمكن إقتصاده.

هناك ملاحظات تقنية نريد أن نوردها في هذا الإطار، و تخص قانون الأسواق الإستشفائية.

هذا القانون يعاني من عدة غموضات و تناقضات، لا تظهر على الورق لكنها تتجلى ميدانيا عند التطبيق.

فمثلا عندما يريد المستشفى القيام بمشروع بناء مصلحة أو ترميم المستشفى، يلجأ إلى الإعلان عن ذلك رسميا في أطر قانونية، لكي عندما تُقَدَّمْ الترشيحات المتنوعة للمقاولين لا يؤخذ بعين الإعتبار عند الإختيار الجودة بل يذهب الجميع إلى البحث عن أقل تكلفة ممكنة، هذا ما وقع في مستشفى الحراش، حيث أن المقاول المنفذ لمشروع تحديث الخطوط الكهربائية وَعَدَ المسؤولين بتكلفة إنجاز منخفضة، لكن نوعية المعدات الموردة جعلت و أرغمت المستشفى على الإستعانة بمقاول آخر في فترة لا تتعدى الشهر بعد مغادرة الأول. و أرصدت ميزانية إضافية أخرى، كان بالإمكان استغلالها في عمل آخر لو أخذت الجودة و النوعية الحسنة بعين الإعتبار.

اقتراحات:

من المستعجل و اللازم إعادة تشريع نصوص جديدة، تعيد تحديد بأكثر توضيح مجموع محاسبة المواد و الوثائق التي تستلزمها، بالإضافة إلى دور المصالح المتدخلة.

لكي يتأتى هذا، يجب أخذ كل الإجراءات القانونية الهادفة إلى توضيح صلاحيات محاسب - المواد، و تقوية المصالح الاقتصادية و العامة:

- توضيح مهام مدير المصالح الاقتصادية و العامة.
- تنظيم المصالح مع المحاسبة للمشرفين عليها.
- إعادة تعريف المحاسبة و تسيير المواد.

في إنتظار هذا، نقدم بعض الاقتراحات تهدف إلى إرساء قواعد تسمح و بشكل موحد (تسمح) من تنظيم السجلات المحاسبية. هذا الاقتراح يتمثل في تبيين الوثائق الضرورية و اللازمة في تكوين محاسبة المواد المجردة.

التموين:

- دفتر الطلبيات...
- Pichier الموردون.
- Pichier المواد.
- سجل الإلتزامات.
- حالة الوضعية الشهرية للالتزامات و التصفيات.
- إرسال بعث الفاتورة لمصالح التخليص و الدفع.

المخازن: MAGASIN.

- شهادة مخزون المحل.
- دفتر جريدة للمداخيل.
- دفتر جريدة للخروج.

تسيير المخزون:

- شهادة المخزون.
- إرسال شهري للمداخيل و الخروج.
- حالة الباقي في المحل Magasin.
- الفاتورات الإدارية للمواد.

محاسبة المواد:

- الجريدة العامة للمداخيل.
- الكتاب الكبير المقسم إلى أجزاء.
- حساب التسيير.
- حالة شهرية حول وضعية المداخيل و الخروج.
- محضر ختم الكتب.

حظيرة السيارات:

- دفتر على متن كل سيارة.
- شهادة تقنية للصيانة لكل سيارة.
- دفتر للمهمات. ordre de mission.
- سجل البنزين.
- شهادة شهرية لتقييم عمل حظيرة السيارات.

الهياكل و الصيانة:

- دفتر الأشغال لكل ورشة.
- شهادة شهرية لتقييم الأشغال.
- برنامج أسبوعي للأشغال.

- شهادة تقنية لكل التجهيز و الهياكل.
- حالة شهرية للمواد المصنعة محليا.

الجرد:

- سجل الجرد.
- شهادة الجرد لكل مادة.
- شهادة الجرد لكل مصلحة.
- محضر لكل عطب، تخلي إلخ...
- حالة عامة للمواد المجرودة.

التنظيم الجيد لهذه الوثائق تسمح لمحاسب المواد من تقديم في نهاية السنة المالية حساب تسيير المواد ملحق بالوثائق القانونية و التي تتمثل في:

- محضر كتابي لختم الكتب.
- حالة الباقي في المخازن إلى 31 . 01.
- الإرسال الشهري للمداخيل و الخروج.
- حالة المواد المجرود.
- محضر العطب، التلف، التنازل إلخ...
- حالة استقبال الهبات.
- حالة المواد المصنعة داخل ورشات المستشفى.
- حالة الأشغال المنجزة في
- مداولات مجلس الإدارة.
- حساب التسيير للصيدلية.
- الحساب الإداري.

لكي يتأتي هذا، نقترح على المدى القصير:

-) اعادة رسكلة مستخدمي المصالح الإقتصادية و العامة.
-) تشريع نصوص قانونية تسمح بالوصول إلى الأهداف المحددة.
-) توحيد الوثائق الإعلامية و التي سبق و أن ذكرناها، عبر مختلف الهياكل الصحية.

و للوصول إلى الأحسن و الأنجع نقترح على المدى الطويل تطبيق المخطط المحاسبي و المحاسبة التحليلية، زيادة على توحيد نظام التسيير عموما و هذا ما يستوجب بدوره تكوين إطارات في هذا الميدان.

كل ما سبق يمكننا إدراجه ضمن خانة الاقتراحات التقنية البحتة، و لكن هناك تحفيزات معنوية سيكون لها الأثر الجيد إذا طبقت و يمكننا إيجازها في:

- إعادة الإعتبار إلى موظفي المصالح الإقتصادية و العامة*
- وضع علاوات على أساس المردود السنوي داخل المصلحة.
- إدخال الوسائل الحديثة مثل الإعلام الآلي للتحكم الجيد في التسيير و المراقبة.

إن هذه التحفيزات جد مهمة لماذا؟؟.

لأن المصالح الإقتصادية و العامة تتعامل كثيرا مع المشاريع الكبرى و هي المتفاوض الرئيسي مع الموردون و المقاولون، و لكم أن تتصوروا ماذا ستكون نتيجة هذا التفاوض إذا كان الموظف المتفاوض باسم المستشفي في حالة مادية يرثى لها، إنها الرشوة و الخيانة و التلاعب بمصالح المستشفى و المرضى.

إننا كمسيرين لا يجب علينا أن نغفل عن الجانب الذاتي و الإنساني، الذي يلعب دور كبير في التسيير الحسن و الناجع، فما فائدة ميزانيات ضخمة إذا انعدم الضمير المهني، و انعدمت روح المسؤولية و الوطنية.

يجب علينا أن نعطي لهذه المصالح كل الإمكانيات لأنها هي العمود الفقري للمستشفى، و هي المصدر المالي الذي بدونه لا يمكن لأي طبيب أن يقدم أبسط علاج ممكن، نختم هذا الفصل بالقول إن تربية النفوس و الضمائر خير من ألف تطهير مالي.

عند استقبال الفاتورة .

الارسال الجريدة للمداخيل
↓
التصنفية

سجل الجرد ← السجل الجريدة للمداخيل ← شهادة المخزون العام (محاسبة المخزون)

سجل الجرد ↓ بطاقة الجرد

السجل الجريدة للمداخيل ↓ الكتاب الكبير غير مستهلك

السجل الجريدة للمداخيل ↓ شهادة مستهلك

إرسال إيصال المذكرات إلى مصلحة الحوالات
↓
الأمر (الحوالة)
↓
السجل الجريدة للحولات
↓
سجل النفقات المرتبة
↓
الوضعية الشهرية
↓
الحساب الإداري

- المداخيل -

عند إستقبال البضاعة

الطلبية

سجل الإلتزام

استقبال البضاعة

الإرسال الجريدة للمداخيل

سجل الجرد | السجل الجريدة للمداخيل | شهادة المخزون المخزن

شهادة المخزون العام(محاسبة المخزون)للمستهلك | الكتاب الكبير | الكتاب الكبير | شهادة الجرد العام

الوضعية الشهرية | شهادة الجرد لكل مصلحة

الخروج:

طلبية الخروج

الأشياء المستهلكة

تأشيرة مصلحة

محاسبة المخزون

بطاقة المخزون

إرسال يومي للخروج

بطاقة المخزون

العام (محاسبة المخزون)

إرسال شهري للخروج

الكتاب الكبير للمستهلكات

أشياء غير مستهلكة

محضر العطب

محضر التنازل الخ

بطاقة الجرد للمصلحة

سجل الجرد

بطاقة الجرد العامة

الكتاب الكبير. لغير المستهلكات

السجل الجريدة للمدخول و الخروج.

الوضعية الشهرية.

حساب تسيير المواد.

الفصل الرابع

التسيير المالي

1 ـ الميزانية
2 ـ التسيير المالي
3 ـ الواقع الميداني

الفصل الرابع: التسيير المالي

بعد التطرق إلى مختلف أوجه التسيير في المستشفى يجدر بنا أن نتكلم عن التسيير المالي داخل هذه المؤسسة.

نبدأ الشطر الأول من دراستنا هذه نتناول الميزانية بالدراسة: تقنياتها، مكوناتها و الآليات المسيرة لها.

و في الشطر الثاني سنتحدث عن المحاسبة المتبعة داخل المستشفى بالجزائر نوعيتها، قواعدها، تنظيمها العام.

<u>1 ـ الميزانية:</u>

إذا أردنا تعريف الميزانية فإننا سنقول أنه التصرف الذي من خلاله تقرر و يسمح بتنفيذ المداخيل و النفقات السنوية: و هي زيادة عن هذا وثيقة وحيدة و سابقة، أي تحضر و تقرر مرة واحدة و قبل حلول السنة التي تطبق فيها.

هذه الوثيقة الوحيدة (unique) تتكون من ثلاث (03) أجزاء:

ـ الميزانية الأولية عندما تتبع بقروض إضافية و تسمى أيضا ميزانية تنبؤية prévisionnel.

ـ ميزانية إضافية.

ـ الرخص الخاصة.

أ ـ <u>السنة المالية (**Exercice**)، التسيير</u>: المصالح المالية، أي الميزانية و المصالح الخارجة عنها تنفذ في فترات زمنية تسمى السنوات المالية و التسيير.

ـ السنة المالية (**Exercice**): و هي الفترة و التي على مداها تطبق مصالح الميزانية (Servhce du Budgef).

هذه الفترة تمتد بين 1 جانفي و 31 ديسمبر. الخدمات المنفذة و المستحقات المحصل عليها خلال هذه الفترة هي الوحيدةالمنتمية إلى السنة المالية المقدرة (Exercice consid) .

ب ـ الحساب الإداري:

كل سنة، السنة المالية المختومة تستلزم من المؤسسة تقديم حساب يسمى الحساب الإداري الذي يسمح بـ:

ـ إعطاء صورة تعكس التصرفات الإدارية للإدارة الإستشفائية خلال السنة، أي تنفيذ عمليات الميزانية.

ـ يعتبر عنصر مراقبة للحساب التسيير الذي يقدم من طرف قابض الضرائب المختلفة، هذه الوثائق تعتبر وثائق أين تعكس كل المداخيل إلى 31 مارس للسنة المقبلة، و تعتبر الصورة المدققة للحياة المالية للمستشفى.

يجب الإشارة إلى أن الحساب الإداري المقدم من طرف الآمر و حساب التسيير من طرف قابض الضرائب المختلفة يجب أن يكونا متطابقين، و في حالة عدم تطابق يعود الفصل النهائي للوالي بعد أخذ رأي مدير الضرائب المختلفة للولاية.

الحساب الإداري وحيد يحضر من طرف الآمر، و هو وحيد و لو توالى الآمرين خلال سنة مالية واحدة، هذه الوثيقة يجب أن تشمل:

ـ بقايا للتغطية (recouvrement).

ـ بقايا التسديد.

ـ وفرة المصادر الخاصة Disponibilité des ressources grevé d'affectation special.

ـ النتيجة النهائية.

التغيير في الميزانية لا يخضع لنفس القوانين المسيرة لتكوين الميزانية، لكن تصحب عادة بتسجيل في الوثائق الثلاثية (trimestriel) التي تأتي عقب التغيير.

ج ـ الحساب المعنوي: **Compte moral**

يجب على المدير تقديم كل سنة حساب معنوي. هذا الحساب ينقسم إلى قسمين:

) الجرء الأول و تشمل عناصر إحصائية تبعث بداية من شهر جانفي، بدون مداولة، إلى الولاية و إلى إدارة الصحة للولاية هذا بالنسبة للقطاعات الصحية، و إلى الوزارة بالنسبة للمستشفيات. و تتكون من المعلومات الآتية:

و نشير أنه يسمح بمرحلة إضافية قبل الإختتام النهائي للسنة المالية، هذه المرحلة الإضافية تسمح بإنهاء بعض الخدمات و إتمام تغطية بعض المواد (recouvrement de certain produits)، زيادة على تصفية/تحويل و تمديد النفقات.

هذه الفترة تمتد إلى غاية 31 مارس، و اختتام السنة المالية يؤدي إلى تقديم حساب إداري (compte administratif).

2. التسيير La Gestion:

و يتعلق بمجموع تصرفات المحاسب، سواء خلال السنة، أو عبر امتداد فترة مهامه إذا كانت ستنقطع خلال السنة.

اختتام تسيير المحاسب يؤدي إلى تقديم حساب يطلق عليه حساب التسيير Compte de Gestion.

أ - تحضير الميزانية:

الميزانيات و الحسابات الإدارية تحضر من طرف المدير أو المدير- المقتصد، و هذا بعد تخطيط و تصميم عام، هذا التخطيط مبني على ملاحظات للسنة الجارية و تنبؤات بالنسبة للسنة المالية المقبلة (هذه التنبؤات تخضع لمتطلبات اقتصادية عامة و متطلبات خاصة بالمستشفى).

بعد المصادقة على الميزانية في صفتها النهائية تعرض على اللجنة الإدارية للمداولة و تقسيم القروض الممنوحة لكل عنوان على مختلف الأقسام و البنود.

التوصيات الوزارية تطلب خلال تنفيذ الميزانية تقديم في آخر كل ثلاثي تقرير خاص يعكس الوضعية الحقيقية للنشاط و الإمكانيات المستهلكة من طرف المستشفى (وضعية الإلتزامات، التصفية و التسديدات، وضعية الخزينة).

لكن ما يحدث الآن على مستوى مستشفياتنا هو العكس تماما، فأمام الخريطة الصحية الحالية تقزم دور الادارة المالية بالمستشفى ليصل الى حد الانعدام ، لأنه و كما هو سائر الآن، الوزارة تمنح ميزانية عامة لـ (C.H.U) و التي غالبا ما تكون غير كافية . الادارة العامة تقوم بدورها بتقسيم هذه الميزانية على مجموع مستشفياتها ، آخذة كمعايير في تقسيمها عدد الأسِرّة ، عدد المستخدمين ، عدد المصالح... الخ.

ج) البنايات، الامكانيات التنظيمية في الأسرة (Lits)، حركة مصلحة الولادة، المخابر، مصالح الإلكترو- الأشعة، المستخدمين، اللجان الإدارية، الأشغال قيد التنفيذ، و برنامج التحديث و التجهيز.

ب) الجزء الثاني يختص بالمعلومات المستقاة من حسابات السنة المالية المختومة (Service clos). هذا الجزء خاضع لمداولة اللجان الإدارية التي تبعث في ثلاث نسخ إلى الوزارة التي تقوم بالرقابة و التحقيق و إلى الوالي و مدير الصحة بالولاية.

3 - الواقع الميداني:

هذه الحسابات انعدمت تماما من مستشفياتنا ، خاصة بعد ارساء قواعد الطب المجاني . حيث كانت قبل هذا مرجعا أساسيا في تحديد السعر اليومي للاستشفاء ، ومعرفة الوضعية المالية للمستشفى .

و الأمَرّ من هذا هو أن الطريقة التي تنتهج حاليا في تحديد الميزانية على مستوى المستشفيات لا ترتكز على أي وثائق أو معلومات دقيقة . و في غالب الأحيان تعاد نفس الميزانية، مضافا اليها نسبة 10٪ جزافية هكذا.

إن السبب في هذا التسيب و هذه العشوائية، هو انهيار النظام الاعلامي و المحاسبي داخل المستشفي ، حيث أنه اقتصر هذا النظام على سجلات تبريرية كالكتاب الكبير و السجل الكتاب.

و السبب الآخر و ليس الأخير هو التخصيص الجزافي الذي يقدمه الضمان الاجتماعي للمستشفى، دون المطالبة بأي حسابات و معلومات دقيقة عن حقيقة احتياجات المستشفى.

كل مستشفى يجب أن تمنح له ميزانية عامة غير مقسمة الى عناوين من طرف المركز (الوزارة الوصية أو الادارة العامة). هذه الميزانية العامة تتكون من قروض التسيير و الاستثمار ، و جزء منها بالعملة الصعبة، و أين طرق التنفيذ يجب أن تكون أكثر مرونة و ليونة.

أخيرا يجب إعطاء أكثر حرية و استقلالية للمسيرين على مستوى المستشفيات و اقحامهم في بلورة و تنفيذ البرامج العامة و تحميلهم مسؤوليات التنفيذ الميداني لأن الأبوة التي هي سائدة الآن ، تجاوزتها الأحداث و أصبح لزاما اعطاء هامش مناورة و اجتهاد أكبر لرجل الميدان.

الفصل الخامس

تسيير المرضى

1 ـ نظام مصلحة القبول

2 ـ تسيير المرضى كمؤشر للنجاعة التقنية لتسيير المستشفى

يحتاج المريض داخل المستشفى إلى كثير من العناية، و على المستخدمين داخل المستشفى الذين هم في علاقة مباشرة مع المريض أن يضعوا نصب أعينهم أن غاية المستشفى إرضاء المرضى أي كانت درجة إصابتهم. و عندما تترسخ هذه الفكرة فإن النتائج لا يمكنها إلا أن تكون جيدة.

زيادة على الشروط القانونية التي سبق و أن عددناها و الواجبة التوفر في المستخدمين الإستشفائيين، فإنه ثمة هناك مزايا و صفات كالرقة و الصبر ليس فقط لدى جهاز التمريض بل و حتى في موظفي مكتب القبول الذين هم أول محطة يمر بها المريض في المستشفى.

مفهوم تسيز المرضى مفهوم واسع و صعب التحديد، يرتبط دوما مع دور المستشفى، و لكن « يفهم عادة من مفهوم تسيير المرضى مجموع النشاطات الإدارية، التابعة أساسا لمصلحة القبول التي تسمح بدخول وخروج المرضى من المستشفى، إلى جانب وضع ملفات إدارية خاصة بهم»(1)

1. نظام مصلحة القبول:

رغم التباين في التسمية على مستوى المستشفيات حيث هناك من يسميه مكتب الحركة (Bureau du Mvt)، مصلحة القبول و مكتب الدخول، لكن رغم تعدد التسميات إلى أن مهمة واحدة و نظام إشتغال واحد عبر مختلف المستشفيات و تتمثل في:

-) تجميع المعلومات اللازمة لتكوين الملف الإداري للمريض.
-) العمل على أن يكون دخول المريض و خروجه في أحسن حال .
-) تكوين لكل مريض ملف إداري كامل و في المتناول (Accéssible).
-) متابعة المريض داخل المستشفى بصفة آنية.
-) ضمان علاقة مستمرة و منتظمة مع جهاز الحالة المدنية (الوفيات، المواليد، ...إلخ).

(1) مدخل إلى التسيير الاستشفائي ايميل ليقي ص.117: Bordas, paris 1977

-) تكوين أو تجميع معلومات مختلفة عن المرضى و هذا لإعلام جيد للعائلات و الزوار.

و لضمان هذا الدور الأساسي و الهام يستلزم تضافر عدة عناصر، كالتعاون بين مختلف المصالح الطبية - التقنية و الإدارية و هذا لضمان سياسات صحية ناجعة و مرتبطة بالواقع. لأن مصلحة القبول تسمح و في ظروف عمل حسنة بتقسيم جيد للنشاطات الطبية و من خلاله الوقوف على نقاط القوة و نقاط الضعف داخل المصالح الطبية و امكانية التطوير و التحسين، و ينعكس هذا في إثراء و تشجيع البحث الطبي بما يخدم مصلحة المريض.

إلى جانب الدور المساعد للمصالح الطبية، هناك دور يمكننا تسميته تقني حيث يساهم في وضع إحصائيات عامة و شاملة كعدد الولادات و الوقايات، عدد و نوع الإصابات، مدة احتلال السرير الإستشفائي، مدة التداول على الأسرة (Rotation du lit)، هذا الجانب خاصة مع الأزمة الإقتصادية الحالية أصبح جد مهم.

التكوينة البشرية لهذا المكتب جد مهمة، حيث يتبادر للذهن أن مهمة المستخدمين هناك بسيطة و روتينية، لكن التجربة الميدانية برهنت على أنه بدون خبرة و تأهيل، فإنه ستعم الفوضى داخل هذا المكتب، حيث كثيرا ما نلاحظ في حالة شغور منصب هناك تولية مستخدم بسيط و في بعض الحالات معاون لسبب بسيط هو أن وظيفة جميع المعلومات عن المريض مهمة سهلة و عادية و هي في الواقع مرحلة مهمة قبل التكفل الطبي بالمريض حيث من خلالها تتوقف السرعة في التكفل و الإسراع بالعلاج.

إلى جانب التركيبية البشرية هناك الحيز المكاني و المتمثل في المرافق الخاصة باستقبال المرضى، إذ أنه يتعين توفير مرافق واسعة و جيدة التجهيز لكي يتمكن من تنظيم الدخول و الخروج و التحكم الجيد في زمام الأمور، خاصة في المستشفيات التي تعرف إقبال كبير.

1.1- الوثائق القاعدية:

يجب على كل مريض عند دخوله إلى المستشفى أن يكون مرفوق بشهادة طبية مسلمة من طرف طبيب الفحوصات أو المداومة. أما الشاهدات الطبية المسلمة

من طرف الطبيب المعالج (Traitant) فإنه يستلزم تأشيرة من مسؤول المصلحة، طبيب المداومة للإستعجالات أو الفحوصات.

وثيقة استعلامات يجب أن تملأ بالإضافة إلى ورقة الدخول و القاعة، يوجه المريض بعدها نحو المصلحة بملف كامل:

- ورقة القاعة (Billet de salle).
- شهادة (navette).
- شهادة طبية.

كل التحاليل المقدمة للمريض تكتب على شهادة (navette)، و تجدر الإشارة إلى أن ورقة القاعة و ورقة المعلومات متطابقة.

- ورقة المعلومات تبقى على مستوى مكتب الدخول.
- ورقة القاعة رفقة الملف تتبع المريض.

المريض يسجل في عدة سجلات:

-) سجل يومي للدخول.
-) سجل الرقم التسلسلي Matricule.
-) سجل للحركة اليومية للمرضى.
-) سجل الحالة المدنية للمواليد (للمواليد الجدد).
-) سجل الحالة المدنية للوفيات (للوفيات).
-) سجل مقسم للمرضى (réfertoué) (بتسلسل أبجدي).
-) سجل للجثث بالنسبة طبعا للجثث خارج المستشفى.

1.2- قبول المرضى:

هناك سبع حالات للقبول:

أ - قبول المرضى القادمين من الفحوصات الإستعجالية.

ب - قبول الجرحى (قبول مباشر و تسوى الوضعية فيما بعد).

جـ - حالة النساء الحوامل و يصبح من الملح تقديم الدفتر العائلي.

د - بالنسبة للمرضى الموجودون على الطريق العمومي لا يمكن قبولهم إلا بأمر من السلطات المعنية (réquisition). ثم بعدها يقرر الطبيب رئيس المصلحة هل تخرج أم لا.

و - قبول الأم العازبة و هنا توجد عدة نقاط تقنية يجب توضيحها:

يجب عزل الام العازبة في حجرة و يطلب منها يرمز إليها بـ س.X و التي يعنى بها مجهولة، بعدها يطلب منها وثيقة هوية توضع في ظرف مختوم و ينتظر في حالة ولادة سهلة و سليمة تعاد إليها بطاقتها، و في حالة وفاة يفتح الظرف وتسحب الوثيقة لكي يسهل استخراج وثيقة الوفاة.

على الام العازبة أن تقدم لقبين لمولودها، و عليها أن تمضي على محضر التخلي عن المولود. للتذكير فإن للأم مهلة 6 أشهر للرجوع في قرارها.

ك ـ في حالة حادث أو جريمة: يجب إعلام السلطات القضائية بكل حيثيات هذه الحادثة، من مكان الحادث إلى ساعة الحادث إلى غيرها من المعلومات المفيدة.

و ـ حالة المرضى العقليين: الوضع تحت الملاحظة تخضع لطلب السلطات (DSP) و تستلزم فترة 15 يوم ممدة إلى (2) شهرين.

الاستشفاء في مصلحة مغلقة، و هناك حالتين:

ـ وضع إداري بأمر من الوالي و مدته 6 أشهر، و لا يمكن للطبيب إخراج المريض إلا بإذن الوالي (قرار).

ـ وضع قانوني لطب شرعي: الأمر يأتي من وكيل الجمهورية. قرار الخروج لا يمكن أن يسلم إلا بموافقة الطبيب المعالج الذي يجب عليه إخبار وكيل الجمهورية.

<u>1.3 السجلات:</u> تسجيل الدخول أو القبول أمر جد مهم للسير الحسن للمكتب، حيث يخضع المريض قبل دخوله إلى المصالح الإستشفائية إلى تسجيلات عدة وهي:

<u>السجل اليومي:</u>

في هذا السجل يجب أن يكون هناك، الرقم التسلسلي، الاسم، اللقب و الجنس، المصلحة التي هو موجه إليها، و هو بهذا يعتبر السجل القاعدي، لهذا يجب أن يتواجد في مكتب الإستقبال (réception).

<u>سجل الحركة اليومية:</u>

مثله مثل السجل اليومي لكن في هذا الأخير يجب أن نسجل المداخيل و الخروج لنفس اليوم.

ب) خواص.

جـ) مفلس insolvable.

د) متنوع.

و تسمح أيضا بإستخلاص معايير أيضا لتقييم نشاط مختلف المصالح:

مدة المكوث المتوسط = عدد الأيام الاستشفائية / الباقي إلى 31-12+ الداخلين للسنة

نسبة الإقامة = عدد أيام الاستفتاء × 100 / 365 يوم × عدد الأسرة + 4

التداول على الأسرة = الباقي إلى 1.1+ عدد الداخلين / عدة الأسرة

متوسط سكاني = عدد أيام الاستشفاء / 365

تحسبا لاستقلالية تسير المؤسسات الإستشفائية، و توازن الميزانية (في المداخيل و النفقات) إلى جانب تحديد سعر اليوم الإستشفائي، أصبح لزاما إعادة هيكلة مكاتب الإستقبال ولهذا يجب الأخذ بعين الإعتبار كل المتغيرات السابق ذكرها، بالتحكم و الاهتمام اليومي بالسجلات الضرورية لحساب أيام الإستشفاء، متابعة حركة المرضى، الإحصائيات، و للتحضير المادي تحسبا لإعادة تغطية المداخيل عن طريق الحسم (Décompte).

عملية الحسم أهملت منذ عشريتين، و لهذا يجب تكوين حصص تدريبية بالنسبة للأعوان في مكاتب القبول.

هذه العملية و هذا التنظيم الجديد لا يمكن أن يحصل منعزلا، حيث يجب أن تكون هناك عمليات دعم مختلفة داخل النظام العام للصحة في البلاد.

2 - تسيير المرضى كمؤشر للنجاعة التقنية لتسيير المستشفى.

إن التحكم الجيد في تسيير المرضى يعتبر مؤشر نجاعة مهم ، و مهم جدا ، خاصة على مستوى النظام الاعلامي و المحاسبي ، أين نجد مؤشر استغلال الأسرة و تطور متوسط المكوث مصادر ضرورية في بلورة الاستراتيجية الكبرى للمستشفى.

إن الإهمال و التشتت الذي لحق بمصالح تسيير المرضى في مستشفياتنا خلق تناقضات كبيرة و مفارقات عجيبة داخل هذه المؤسسة سنوردها فيما بعد.

سؤال بسيط يطرح نفسه : كيف وصلنا الى هذه الوضعية؟

إن مكاتب القبول اختزل دورها الرائد لتصبح مكاتب تهتم بشكليات تسجيل دخول و خروج المرضى ، و غابت عنها التقاليد المحاسبية ، كحساب مدة المكوث المتوسط ، نسبة الإقامة، التداول على الأسرة و المتوسط السكاني ، هذه الحسابات تسمح للمسير من الوقوف على الوضعية الحقيقية التي يوجد عليها المستشفى ، وهذا من خلال الحسابات السالفة الذكر، و التي تعكس وضعية نوعية و نجاعة الخدمات المقدمة، و أيضا و تحسبا لاستقلالية جزئية للمستشفى ، فإنه سيُدمَج المواطن ضمن المتعاملين الممولين للمستشفى ، و هذا بتحمل جزء من العبء الثقيل ، الذي أصبح يزن كثيرا خاصة في هذه السنوات الصعبة، حيث و في ظل هذه التغيرات المرتقبة، فإن مكاتب القبول ستصبح المصدر الرئيسي و المرجع المحاسبي في تحديد السعر اليومي الذي سيقدمه المواطن.

التركيبة البشرية أيضا ، لهذه المكاتب تعتبر من أسباب هذا الضعف ، حيث أصبحت توكل هذه المهمة للمستخدمين الأقل تكوينا ، و الأضعف مؤهلات ، و يصل الأمر الى تولية أعوان مصلحة على رأس هذه المكاتب.

الظاهرة السلبية الأولى الناجمة عن هذا التدهور النسب المخيفة فيما يخص احتلال الأسرة ، حيث هناك معطيات مستقاة مباشرة من مصالح وزارة الصحة تبرز أن النسبة المتوسطة لاحتلال الأسرة كان 63٪ في 1977 و 72٪ في 1978 و 64٪ في 1979(1) و توقفت عند هذه السنة لأنها تعتبر السنة الأخيرة التي استغلت فيها التقارير المعنوية و المالية للمستشفيات.

و من تلك الحقبة ، و رغم وفرة هذه المعلومات إلا أنها أصبحت غير مستغلة على المستوى المركزي ، أين أصبح يكتفي بالمؤشرات الأكثر شمولية : أيام استشفائية، و الحركات الصحية...

سنوات بعد هذا و بالتحديد سنة 1981 استغل فريق من الخبراء السوفيات هذه المعطيات ، و وصل الى نتائج مماثلة لما قدمته مصالح وزارة الصحة. عملية

---

(1) وزارة الصحة: بعض النتائج لتحليل الحالة الصحية للسكان و نشاطات المصالح الصحية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية/ أفريل 1984.

الملاحظة لاستغلال الأسرة أقيمت انطلاقا من مؤشر الرقم المتوسط لأيام الاستغلال التي يمكن حسابها بالأيام أو النسب المئوية . في 1981 هذا المؤشر كان عموما على مستوى 230-234 يوم ، أي 63.3٪ من نسبة الاحتلال ، بتعبير آخر مجموع الأسرة الاستشفائية لم تستغل من 130 الى 135 يوم في السنة، و هذا يعني أن 36.7٪ من الأسرة المتوفرة(أكثر من ثلث الأسرة) بقت شاغرة و غير مستغلة طوال السنة . إذن عوض البحث عن الزيادة في عدد المستشفيات يجب أولا، البحث عن جعل تلك الأسرة الموجودة أكثر مردودية، و هذا بالاستغلال الجيد لكل الأسرة. إنشغال يبقى الى حد الساعة غير مهم، حيث خلص فريق الخبراء السوفيات الى:

في المؤسسات الاستشفائية عدد مهم من الأسرة و التي سعرها باهض جدا غير مستغل ، و الأجهزة الصحية المديرة لا تقوم بالمراقبة الميدانية الضرورية:

معامل الأسرة لكل ولاية بنسبة الاحتلال٪(1)

الولايات	1977	1978	1979
أدرار	45	53	54
بجاية	82	88	79
تمنراست	49	49	45
تلمسان	47	43	48
تيزي وزو	57	54	53
الجزائر	65	64	70
قسنطينة	71	75	74
عنابة	72	68	57
وهران	56	61	61

(1) المصدر: معطيات احصائية للصحة العمومية.

يجب على المستشفى أن يعيد النظر في دور مصالح تسيير المرضى ، و هذا بتسخير كل الامكانيات المادية و البشرية ، و على المسيرين أن يولوا أهمية بالغة لما يمكن أن توفره هذه المصالح من معلومات قيمة يمكن من خلالها وضع خطط أكثر واقعية تعتمد في جوهرها على مصادر ذات مصداقية عالية.

الباب الثالث

نحو سياسة جديدة للمستشفى في الجزائر

1 - التفكير حول نظام اعلامي و محاسبي بديل

2 - من أجل منظومة صحية أكثر انسجام

1- التفكير حول نظام إعلامي و محاسبي بديل:

هناك تأثير متبادل بين النظامين الإعلامي و المحاسبي، فهذا يستوجب ذاك، حيث أنه لا يمكن إرساء قواعد نظام محاسبي فعال بدون الحيازة على نظام إعلامي جيد، يقدم مختلف المعلومات اللازمة و الضرورية لإقامة محاسبة دقيقة لكل النشاطات الإستشفائية المختلفة.

إن قرارات التسيير و الخطط الإستراتيجية مبنية على معلومات مجمعة، صادرة عن مختلف مراكز النشاط في المستشفى، فعالية هذه القرارات و الخطط متوقفة على مصداقية و واقعية هذه المعلومات.

لا يمكننا التكلم عن النظام الإعلامي و المحاسبي بدون التطرق إلى فترتين تاريخيتين أعتبرتا منعطف حاسم في تاريخ المستشفى الجزائري إعلاميا و محاسبيا.
قبل إقرار مجانية العلاج في 1974، كانت المعلومات الإحصائية الصحية و المالية غزيرة و مكثفة و هذا نظرا لأهميتها في العمل المحاسبي: من فوترة الأيام الإستشفائية، و حساب عدد الفحوصات الطبية اللازمة، و كل الخدمات المقدمة داخل المؤسسة و التي من شأنها أن تؤثر على الأنفاق الإستشفائي.

لكن و بعد مجانية العلاج، أصبحت المداخيل لا تتوقف على حساب السعر المرجعي (Prix de revient) للأيام الإستشفائية، بل أصبحت ميزانية المستشفى تمول جزافيا و سنويا في شكل ميزانيات عامة للتسيير مقسمة إلى عناوين وتوضع سنويا في إطار قانون المالية.

نتج عن هذا التحول الجذري في قواعد و أنماط التسيير إختزال كبير للنظام الإعلامي، حيث عرفت كمية و نوعية المعلومات و الحسابات تناقص كبير، و هذا بفعل تراجع النظام المحاسبي إلى نمط التسيير و التمويل الممركز.
و أصبح الجهاز الإعلامي يستعمل في أطر ضيقة جدا، يقتصر في شكله و في مضمونه على بعض الحسابات و التقارير البسيط.

الأهداف التي نصبو إليها من خلال هذا التفكير تتمثل خصوصا في:
- نشر مختلف المفاهيم و الطرق و الوسائل المتضمنة في العلوم الإقتصادية و المطبقة في قطاع الصحة.

- التوعية بأهمية التقنيات الإقتصادية المطبقة على العلاجات الطبية خصوصا و المحاسبة التحليلية و التحاليل سعر - أفضلية المطبق بصفة كبيرة و موسعة في البلدان الغربية و التي أدت إلى نتائج مشجعة.

- توعية المقررين (decideurs) لإستعمال الطرق و الأساليب التقنية لتقدير أسعار خدمات العلاج.

- تمكين الوزارة الوصية و الجهات الممولة (Bailleur de fond) من العناصر اللازمة لتخصيص و تقسيم جيد للميزانية.

- تشخيص الصعوبات و المشاكل المتصلة بجمع المعلومات الصحية و المالية و قياس هكذا درجة فعالية النظام الإعلامي.

- تعيين كل الأطراف الإدارية و الطبية التي تتدخل في عملية حساب و تحديد النفقات، و في نفس الوقت تطوير التشاور و التعاون بينهم من أجل إعطاء مردود أحسن للعمل و الخدمة الإستشفائية.

تلكم بعض المرامي التي نحاول على أساسها بناء بديل للنظام المحاسبي الحالي، و الذي أثبت عدم نجاعته في الميدان.

تفكيرنا هذا ينصب في اتجاه استقلالية المؤسسة الإستشفائية، و لنا أن نتساءل عن معنى و هدف هذه الإستقلالية المرجوة ؟؟.

إستقلالية المستشفى بفعل مهمتها كمصلحة عمومية لا يجب أن تمزج بمفهوم استقلالية المؤسسة الإنتاجية، و لكن تتشابه معها في بعض المظاهر خاصة تلك المتعلقة بالتسيير.

الهدف من استقلالية المستشفى هو إعطاء أكثر حرية للتسيير. يتوجب جعل النظام الخاضع لقواعد المحاسبة العمومية و السائد حاليا أكثر مرونة، مما يوفر مجال مبادرة أكبر و أوسع للمسيرين.

	السنوات		
	1980	1985	1989
الدولة	29.3	17.9	19.94
ضمان اجتماعي	39.9	55.2	60.24
المنزلي (ménage)	26.4	24.6	18.72
أخرى	4.4	2.3	1.10
المجموع	100	100	100

نلاحظ في هذا الجدول ظاهرة تدني مساهمة الدولة في تمويل القطاع الصحي، و مقابل هذا تزداد حصة صندوق الضمان الإجتماعي، هذه الزيادة وضعت هذه الأخيرة كطرف رئيسي في التمويل و هي مهمة بعد تفاقم الأزمة الإقتصادية التي تعيشها الجزائر أصبحت صعبة القيام بها على أحسن وجه.

صندوق الضمان الاجتماعي أصبح يرفض، بعد زيادة النفقات الصحية بصفة مذهلة في الآونة الأخيرة، رفضا قاطعا تخصيص ميزانية جزافية للمستشفيات كما كان يعمل من قبل،، بل أصبح يطالب بميزانية تفاوضية، يتفاوض من خلالها مع المستشفيات على أساس البرامج و على أساس الفعالية في التحكم في النفقات الصحية.

هذه المستجدات أوجبت على مسيري المستشفيات أخذ تدابير و إستراتيجيات تسيير أخرى غير تلك التي سادت في فترة تاريخية معينة، هذه التدابير ترمي إلى وضع حد للنزيف المستمر لموارد المستشفى في أمور غالبا ما تكون هامشية، و إقامة علاقات تسيير جديدة،تستعمل تقنيات عمل حديثة،أثبتت مردوديتها في الميدان.

المحاسبة التحليلية تعتبر في نفس الوقت الراهن حتمية لا بد منها، نظرا لقدرتها على إعطاء المؤشرات و المعلومات اللازمة في أخذ القرارات المصيرية و الضرورية في تسيير المستشفى.

نظريا وجدت المحاسبةالتحليلية نتيجة إلتقاء المحاسبية العامة و النظرية الإقتصادية في القرن الماضي، عندما أصبحت المؤسسات « متعددة المنتوجات » و أصبح يهمها و بشكل ملح معرفة السعر المرجعي لكل منتوج.

في سبب وجودها تكمن أهميتها، هدفها الأول و الرئيسي هو إعطاء معلومات مفيدة، و يمكننا على العموم إيجار أهدافها فيما يلي:

- نظام تسيير يسمح بتقسيم الموارد و بصفة جيدة على مختلف المصالح، و هذا على المدايين القصير و الطويل.

- نظام قياس مهم،مثلا للتحديد السعر عند البيع، لحساب نتائج كل منتوج أو خدمة على حدة، و من هنا نرى الدور المستقبلي للمحاسبة التحليلية، لأنها تساعد على وضع خطط أكثر فعالية.

- وسيلة حساب و مراقبة التسيير، و هذا بتحديد النتائج القياسية المسجلة داخل المؤسسة.

بصفة عامة يجب عليها توفير كل المعطيات التي من شأنها أن تساعد على أخذ القرار.

للوصول إلى هذا الهدف، نظام المحاسبة التحليلية المطبق على القطاعات الصحية يجب عليه أن يتأقلم مع نوعية الإستثمار و الخدمات التي تميز هذه القطاعات، و تجدر الإشارة إلى أنه ليس هناك نظام قياسي دولي و وحيد للنفقات، بل أن النظام المحتفظ به يجب عليه أن يتماشى مع اختبارات التسيير المختارة و الأهداف المحددة.

النظام المحاسبي يجب عليه وضع و بتفصيل مفاهيم محددة لكل من السعر، الأعباء و النفقات.

أما السعر فهو التعبير النقدي لقيمة المبادلة (Transaction)، هذا اللفظ يطبق فقط على علاقات المؤسسة مع المحيط الخارجي.

الأعباء المرتبطة بإخراج النقود من الخزينة (décaissement): مثل شراء المواد، أجرة المستخدمين إلخ ...

النفقة هي مجموعة أعباء مرتبطة بالمنتوج، الخدمة،أو إلى أي شيء يقرر من اللازم إعطاء أعباء وجهها.

في أخر المرحلة، نفقة المنتوج أو الخدمة تسمى النفقة المرجعية عوض اللفظ التقليدي " السعر المرجعي ".

داخل النظام المحاسبي هناك أصناف مختلفة من النفقات:

*.النفقة المباشرة: و تتمثل في عناصر المصاريف ذات العلاقة المباشرة مع النشاط أو المصلحة المعتبرة و التي تطبق بسهولة عليه.

*.النفقة غير المباشرة: و هي عناصر المصاريف التي ذات علاقة مع عدة نشاطات أو مصالح و التي لا يمكن أن تطبق عليهم إلا بواسطة مفتاح للتقسيم.

النفقة المتغيرة، النفقة الثابتة:

*.النفقة المتغيرة: و هي عناصر من المصاريف التي تتغير مع تغيير النشاط.

•<u>النفقة الثابتة:</u> و هي عناصر من المصاريف التي لا تتغير مهما كان مستوى النشاط.

فيما يلي نحاول تطبيق هذه التعاريف على مجموع النفقات الممكنة داخل المؤسسة الاستشفائية و التي نجمعها في الجدول رقم .01.

نحن نقدر مدى صعوبة الفصل بين النفقات و الصنف المقترح لبعض أنواع المصاريف، هذا النوع من الغموض يترك هامش تحرك حسن للمسير في البرهنة على حنكته و سداد رأيه في تقسيم النفقات حسب طبيعتها.

جـــدول النفقـــات

النفقـــات	هياكل النفقات
نفقـــات متغيرة	المنتوجات الصيدلانية و العتاد الصغير و المستهلكات الأخرى تجهيزات المكاتب و مختلف المطبوعات منتوج و لواحق الصيانة Menager مصاريف الصيانة لكل التجهيزات الطبية و الغير طبية مصاريف التغذية مصاريف الألبسة ....
	نفقات مباشرة
نفقات ثابتة	مصاريف المستخدمين اهتلاكات التجهيزات الطبية للمصلحة أو الوحدة اهتلاك العتاد ، المنقول و باقي التجهيز المخصص للمصلحة أو الوحدة اهتلاك السيارات المخصصة مباشرة للمصلحة أو الهيئة
النفقة المتغيرة	مصاريف التدفئة ، الإنارة ، الماء ، الهاتف ، الأكسجين الطبي مصاريف حظيرة السيارات

جدول النفقات (تابع)

نفقات ثابتة	نفقات غير مباشرة
	الإيــجار التأمين (العقار أو التجهيز) التوثيق و الاشتراكات مصاريف الإدارة (المديرية ، مصلحة المستخدمين) تسيير الصيدلية ، الوسائل الهامة ، تسيير الورشات. تسيير المرافق العامة (النظافة و مغاسل الألبسة Buanderie,Lingerie مكتب القبول ، تسيير المطعم اهتلاك العتاد الطبي و الاستكشافي المصاريف الأخرى الصغيرة

إن معرفة و تحليل النفقات أصبحت صورة ملحة، خاصة في هذه السنوات، حيث أن النظام المحاسبي المطبق حاليا و المبني أساسا على مبادئ المحاسبة العمومية أصبح لا يتماشى و الزيادة السريعة لنفقات الصحة، بالإضافة إلى ضخامة الهياكل و التجهيزات الصحية و من خلالها كميو و نوعية الخدمات المقدمة.

و يجب في هذا الإطار رفع الغموض على مقولة أن التقديرات الاقتصادية (évaluation) محدودة بإنجاز أكبر اقتصاد ممكن. و هذا إدعاء غير صحيح حيث تبحث التقديرات الاقتصادية على تعظيم فائدة الموارد المتاحة، إذ أنها تمكن من إظهار موارد غير مستعملة بصفة جيدة من أجل جعل المصالح الصحية أكثر وصولية (Accessibilité)، و أيضا أكثر جودة في تقديم الخدمة الطبية.

و من ثمة فإن هدفها هو استعمال جيد للميزانية و ليس تحقيق اقتصاد على مستوى الميزانية.

التعديلات الاقتصادية لا تهدف فقط إلى حساب النفقات، بل ترمي إلى إيجاد العلاقة بين النفقات و النتائج أي إظهار و الأخذ بأحسن اختيار ممكن من بين مختلف البدائل التي تتاح.

إذا أردنا تعديد أهداف التقديرات الاقتصادية فإننا نقول:

- ملاحظة تسيير المصالح المختلفة.
- معرفة المردودية.
- التفتيش على النقائص و العمل على محوها.

أدوات التقديرات الاقتصادية تستلزم عدة وسائل منها المحاسبة التحليلية و كل لواحقها من حسابات و وثائق، و حساب السعر اليومي و الذي يتطلب تضافر مجموع المصالح الاستشفائية سواء أكانت إدارية (مكتب القبول، الحركة، الريجيسير ...)، أم طبية.

هذه الإصلاحات المحاسبية تستوجب نظام إعلامي منظم في كل هياكله، من هنا يتوجب إعادة الاعتبار لعدة مهام أهملت و بشكل كبير مثل مكاتب القبول التي هي العمود الفقري للنظام الإعلامي داخل المستشفى، حيث أنها هي التي توفر المعلومات اللازمة، من إحصائيات و أرقام مختلفة الدلالات و غيرها، لمكاتب

المحاسبة من إقامة تقديرات اقتصادية و حساب أسعار الأيام الاستشفائية، و أخيرا و ليس آخرا نسبة التداول على السرير الاستشفائي.

من المهام الأخرى التي يجب إعادة الاعتبار لها في وظيفة المحاسب، التي كانت تتمثل في دور تنفيذ الميزانية بدون أي عمل تدقيق أو تمحيص، و أصبح عليه بالإضافة إلى دوره المحاسبي تنظيم جهاز إعلامي مرن يقوم كما كان في السابق مبني على الحسابات المعنوية 1و2 و التقارير المختلفة الأنواع و الوظائف.

شمولية و مصداقية النظام الإعلامي تساعد على تحليل جيد للتقديرات الصحية، و تساعد على تطوير إمكانيات الموارد الداخلية للمستشفى (البشرية، المادية، المالية).

إن الدور الإعلامي و المحاسبي مدعو إلى لعب دور أكثر ديناميكية في مستقبل الأيام، وهذا إذا أردنا أن نعيد للمستشفى دوره الأساسي و هو تقديم أحسن العلاجات و الخدمات للمرضى، و الأزمة التي تعيشها مستشفياتنا اليوم و إن أعاقت السير الحسن مؤقتا، نستبشر بها خيرا لأنها وضعت الجميع أمام مسؤولياتها و فرضت عليها تصرفات و سلوكات أخرى غير التي كانت تسود من قبل، و هذا ما يدفعنا إلى القول أن النظام التسيري الجديد سيكون مصدر إستقرار و ازدهار للمؤسسة الاستشفائية.

الخـــاتمة

يجمع الرأي العام على أن المستشفى بالجزائر بدأ يفقد شيئا من مصداقيته تجاه المرضى، ومثل النظام الاقتصادي ، هناك من يأمل في بيع القطاع العمومي ، وطرف ثاني ينادي بإدخال إصلاحات على منظومتنا الصحية ، مع تخصيص مكانة أكثر أهمية للقطاع الخاص ، وطرف ثالث ، يبقى متمسكا باختيار مجانية العلاج المقرر في سنوات 70 .

نمط تنظيم الخدمات الصحية ، ينعكس وبصفة معتبرة على عقلانيتها . والتحكم في التنظيم ، هوالضمان الأكبر لتوزيع رشيد للعلاجات المقدمة . من هذا المنظور دراسات عديدة خصصت للتخطيط العلاجي (planification des soins). لكن سؤال أساسي مازال يحتاج إلى الكثير من البحث والدراسة ، وأصبح -خاصة في الظروف الراهنة ، يفرض نفسه على كل مستويات أخذ القرار . هذا السؤال هو: ما هو المستشفى ؟

إن التساؤل عن هذه المؤسسة ، بكل أبعادها الاجتماعية، الاقتصادية والسياسية، لم تعد مسألة ثانوية ، وعملنا هذا أردنا من خلاله المساهمة في التفكير و النقاش حول مصطلح ما يسمى ب«المستشفى » ، والاختلالات التنظيمية ،لهذا المكان المختص في العلاج .

المستشفى اقصاديا ، هو مكان ، أين تركب (combinée) عوامل الإنتاج ، في غاية تقديم العلاج .

اجتماعيا ، هومقر مواساة ، وحماية للمرضى وعائلاتهم .

تاريخيا ،هو مركز لإيواء الفقراء ، المرضى ، و الذين هم بدون مأوى .

ومهما تعددت الأنظمة الصحية في العالم ، إلا أن المستشفى ، أينما كان يحتفظ بأربع خاصيات أساسية :

– هو مؤسسة مفتوحة بصفة متواصلة (permanante)، أين تضمن صيرورة في خدماته .

– ليس عنصري ، حيث الوصول إلى العلاج يجب ان يكون عادلا بين كل شرائح المجتمع .

– هو مركز تقني كبير ، أين التكنولوجيا تتطور بصفة سريعة ومكثفة .

– على مستواه ، تضمن عمليات العلاج ، التكوين و البحث .

إن التنظيم الحالي للمستشفى ، بدأبين محدوديته ، والمساهمة الجزافية للدولة ، أصبحت ثقيلة ، بسبب الوضعية الاقتصادية الصعبة التي تعصف بالجزائر ، والمتميزة بتراجع في مداخيل المحروقات ، والنسبة العالية في التدين الخارجي ، والذي يستهلك 80٪ من المداخيل بالعملة الصعبة .

و من جهة أخرى ، تقهقر الاشتراكات الناتجة عن انتشار البطالة ، أصبح لا يسمح للضمان الاجتماعي بزيادة مداخيله . عجزه أصبح واضحا ابتداء من 1990 حيث وصلت نسبة المشاركة أقصاها . وكل محاولة في رفع من نسب المشاركة على مستوى الأجور ، سيفرز ردود فعل غير مضمونة اجتماعيا ،اقتصاديا وسياسيا.

أمام هذا الوضع الصعب ، يمكن كمرحلة أولى، محاولة إعادة ترتيب البيت داخل المستشفى ، وهذا ببعث أساليب و مناهج عمل جديدة ، أثبتت فعاليتها على المستوى الدولي ، والتي سيأتي ذكرها فيما بعد .

دراستنا التحليلية ، مكنتنا من الوقوف على عدة ظواهر سلبية في مستشفياتنا ، وتزيد من تعقيد الوضعية الحالية التي تتخبط فيها ، يمكننا تعدادها في النقاط التالية :

– تعداد ضخم وغير مبرر للمستخدمين ، نقص في الفعالية و نسبة عالية في حجم الغيابات

– وصول غير متكافئ للعلاجات ، مبني على المحسوبية ، وتفضيل الشريحة الميسورة على المحرومة .

– تذمر عام للمرضى ، ضياع كلي للثقة والمصداقية بين الطبيب و المريض.

– تسيير بيروقراطي لمصادر الميزانية المخصصة (تقنين متجاوز ، غياب للاستقلالية ، نصوص وأحكام تنفي كل روح للمبادرة) .

– جزافي المستشفيات غير ناجع ، وتسيير تقليدي لصندوق الضمان الاجتماعي .

كلها أمور ، جعلت من المستشفى ينفق كثيرا ، ولا يمكنه أن يواصل على هذه الوتيرة . مما يفرض إيجاد حلول وبدائل . تجربتنا الميدانية المتواضعة ، ودراستنا الأكاديمية لنظام تسيير المستشفى في الجزائر ، مكنتنا من بلورة مشروع إصلاح المؤسسة الاستشفائية في الجزائر ، ويتمحور حول النقاط الآتي ذكرها :

-) إعطاء أكثر استقلالية ومرونة في تطبيق الميزانية .

-) إدخال أنواع جديدة من المحاسبة إلى جانب المحاسبة العمومية المعتمدة في المستشفيات ، مثل المحاسبة التحليلية ، وحساب النفقات (calcul des couts) .

-) نبذ الخاصية الإدارية في تكوين المسيرين ، واعتماد منطق الـــ (management) كوسيلة عمل جديدة ، للتحكم في نفقات المستشفى .

أما الأهداف المرجوة من هذا المشروع ، هو مرونة أكبر للمصالح الاستشفائية، تترجم بتداول مرتفع على الأسرة الاستشفائية، خفض من الفترة المتوسطة للمكوث بالمستشفى ، التكفل الجيد بالمريض، اقتصاد السلم على مستوى المصالح العامة ، بما يوفر التنقل المتكرر والمتعب للمريض ، وهذا بين المصلحة والأخرى في حالة تعدد الإصابات .

بالإضافة إلى ما سبق ، يجب ترقية الشفافية داخل مراكز أخذ القرار ، وهذا ما يفترض وضع نظام إعلامي محكم ، و وسائل تحليل دقيقة . وفي الحقيقة ، الشفافية وحدها هي الكفيلة بخلق محفزات أكبر لتطوير الأعمال التنظيمية والاقتصادية .

إن المسعى الاقتصادي ، الذي تصبو إليه الجزائر ، ينصب في اتجاه «اقتصاد السوق » ، هذا الاختيار سيؤثر على الإصلاحات التي سوف تلحق على المدى القصير و المتوسط بالنظام الصحي الجزائري . من هذا المنظور الوقت ملائم لبعث نقاش صريح و مسؤول حول الأطر النظرية و العملية للنظام الصحي المستقبلي للمجتمع الجزائري . لأن هناك عدة تساؤلات جوهرية مازالت تطرح نفسها ، كمشكل التمويل هياكل الضمان الاجتماعي :- هل يعاد النظر في مجالات تدخلاتها؟

- كيف سيكون حجم القطاع الخاص داخل مجموع الاقتصاد الاستشفائي ؟ المخابر الصيدلية ، أين منطق الربح يسير عكس الأهداف العامة لقطاع الصحة :

- هل هذا سيدفعنا إلى تأميم هذه المخابر ؟ أوتقديم دعم على مستوى الأدوية ؟

كل هذه الاستفهامات ، تنتظر البت فيها ، وما عملنا هذا إلا محاولة في إثراء ملف الصحة ، الذي يعتبر في الوقت الراهن من الملفات الساخنة على مستوى طاولات المقررين بالبلاد .

– انتهى–

ملحق قانوني:

الأمر رقم 62-157 لـ 31 ديسمبر 1962: و التي تنص على العمل بالقوانين المعمول بها إلى أجل غير مسمى.

المرسوم رقم 68-325 لـ 30 ماي 1968: المتضمن القانون الخاص لمقتصدي المؤسسات الإستشفائية، و الذي ينص على أن مقتصدي المؤسسات الإستشفائية مكلفين تحت سلطة المدير بالتسيير الإقتصادي للمؤسسة الإستشفائية، العلاجية، و المؤسسات التابعة للحماية العمومية. هم مسؤولين على التسيير طبقا للقوانين و الأحكام المعمول بها.

الأمر رقم 73-29 لـ 5 جويلية 1973: ألغي إبتداء من 9 جويلية 1975 أحكام القانون رقم 62-157 لـ 31 ديسمبر 1962، تنفيذ النصوص الموضوعة عند الفراغ القانوني فيما يتعلق محاسبة المستشفيات في الجزائر.

الدائرية (circulaire) رقم 2108 لـ 14 أفريل 1979 لوزارة المالية: و التي تتضمن و بصفة مبسطة أحكام إفتتاح و تنظيم السجلات للجرد، و حدد بـ 50 دج كقيمة المواد الغير مستهلكة التي يجب تدوينها على سجل الجرد.

المرسوم رقم 81-242 و 243 لـ 5 سبتمبر 1981، و الذي ينص على إنشاء و تنظيم القطاعات الصحية و المؤسسات المتخصصة، يوضح أن المقتصد و نواب المدير، يساعدون المدير في أداء مهامه.

القرار (Arrete) الوزاري رقم 22 لـ 24 نوفمبر 1981، المتضمنة تنظيم و عمل القطاعات الصحية، و الذي خلق قسم المصالح الإقتصادية و المصالح المكونة له.

القرار الوزاري رقم 834/ DESS/ DSH لـ 30 نوفمبر 1981: الخاص بالقانون الداخلي الخاص القطاعات الصحية و المؤسسات المختصة زيادة على العقلية.

المرسوم رقم 82-496 لـ 18 ديسمبر 1982: الخاص بمديري الإدارة الصحية و الذي ينص على تلاشي فئة المقتصدين و أوكلت التسيير الإقتصادي لمديري الإدارة الصحية شاغلي منصب النائب.

BIBLIOGRAPHIE EN FRANCAIS

1) André SONNIER : Mannuel pratique de consommation hospitalisée . 6ème edition entièrement revu et mis à jour . édition BergerLeviault 1967 . 217 P.

2) BARRAL Etienne : Economie de la santé : cas et chiffres . édition DUNOD 1978.

3) Bertrand P : Economie de la santé, les indicateurs de la santé . Université de NANCY . 1991.

4) BRUNET-JAILLY : Essai général sur l'économie de la santé . these faculté de droit et science économique . Paris 1968.

5) BROUN (G) : "Le financement des coûts de la maladie" . Essai d'analyse économique . Faculté de medecine et de Pharmacie. Rouen.

6) CABANEL G.P : Medecine libérale ou nationalisée ? sept politiques à travers le monde . DUNOD 1977 . 233 pages.

7) CARREL (A) : l'homme cet inconnu . livre de poche . 1966.

8) DESTANNE De Bernis (G) : Economie et santé (seminaire sur l'enseignement de la santé publique aux étudiants) . ouest médical N°04 . 24 février 1974.

9) DESTANNE De Bernis (G) : La planification sanitaire en Afrique Bilan de trois expériences de planification .- IREP - GRENOBLE.

10) DELAUD Gy : Introduction à l'économie de la santé CESEG John Libbey Emdext . 117 pages . 1991.

- Lamri Larbi : Système de santé en Algérie : réalité et tendence thèse de magister . Institut science économique . Faculté d'Alger.

11) Faugère JP : Les emplois hospitalier une approche économique . collection voisine . Economica . 225 pages . 1981.

12) Laboudette A : Introduction, économie de la santé. PUF 1988

13) Levy Emile, Martine Bungener, Gérard Dumenil, Hervé Lavarge: Introduction à la gestion hospitalière . DUNOD 1977 . 243 p.

14) Levy Emile, Martine Bungener, Gérard Dumenil, Hervé Lavarge: la croissance des dépenses de santé . Université de Paris Dauphine. Economica . 147 pages . 1982.

15) Lutormie Alain : Roles et limites des indicateurs sanitaires en matière de planification . cahier des sciences sociales et démographie médicale . Avril/Juin N°2 . 1977.

16) Marshall ALFRED : Base de l'économie politique . Gordon et British . 370 pages . 1971.
17) Nys Jean François : La santé consommation ou investissement. Economica . 258 pages . 1981.

18) OUFRIHA BOUZINA F.Z. : Une analyse économique du système de soins en Algérie . OPU . 33 pages.

19) OUFRIHA BOUZINA F.Z. : Principaux aspects de l'économie de la santé en Algérie . Thèse de Doctorat en sciences économiques. Université d'Alger. 3 tomes. 584 pages. Juin 1972.

20) Pasquet Lachèze P. : L'administration de l'hopital . Edition Berger.

21) Shultz W. : L'investissement dans le capital humain . AER. N°151 . 2 tomes . 1962.

22) STEUDLER : L'hopital en observation . Armand Collin . 27 pages . 1974.

23) SONNIER André : Gestion de finances hospitalières . Benger Levrault . 218 pages . 1969.

24) Teraillon Henri : Guide pratique d'administration hospitalière . Infirmerie Jeorge jeres . 276 pages.

SERIE DES RAPPORTS TECHNIQUES

- Séminaire sur le developpement d'un système nouveau de la santé . L'expérience Algérienne . Alger . 7-8 Avril 1985 . Ministère de la santé.

- Actes de la conférence nationale sur la réforme du système et de la sécurité sociale M.S.P . Décembre 1990 . OPU . 108 pages.

- Developpement de la santé . MSP . ENAG . 350 pages . 1983.

- La comptabilité des établissements sanitaires : journées nationales d'études sur la gestion des établissements sanitaires . MSP . Alger 29 Juin - 2 Juillet . 1985.

- Finances et contrôle de gestion : Dossier pédagogique . Programme de coopération . Algérie . CEE . Secteur santé.

- Economie de marché et système de soins . Décembre 93 cahier de l'INSP.

- Passé et avenir du système nationale de santé . 1990 . MSP.

- Sécurité Sociale et financement du système national de santé. MSP . 28 Juin 1990.

- La réforme du système de santé et de sécurité sociale . quelques éléments de reflexion . 1990 . MSP.